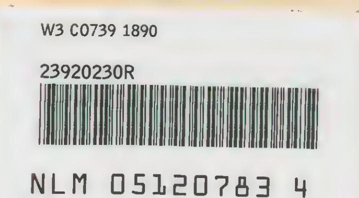
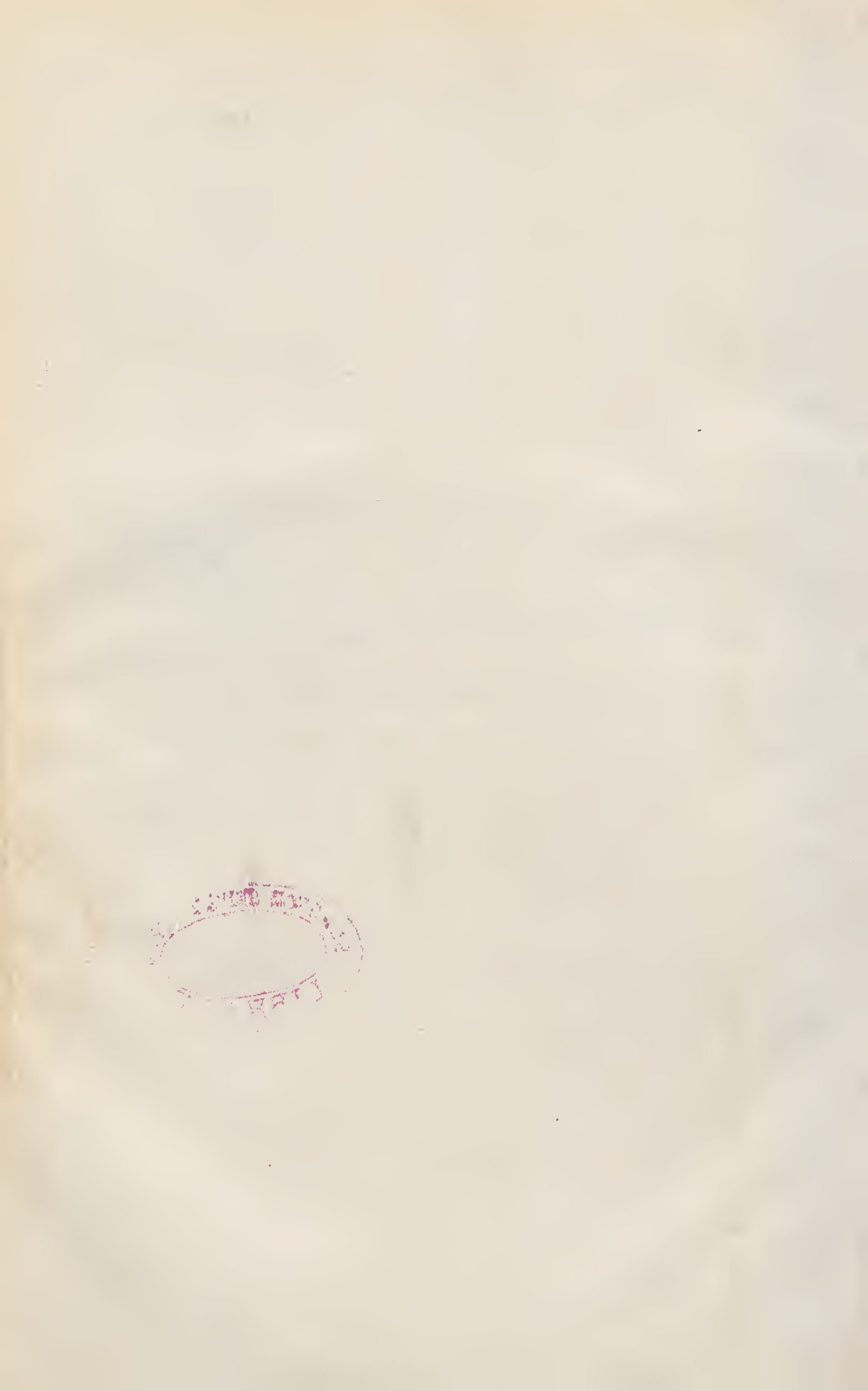




PRIMER

CONGRESO MEDICO REGIONAL

DE LA ISLA DE CUBA



PRIMER

CONGRESO MEDICO REGIONAL

DE LA ISLA DE CUBA,

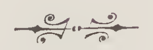
CELEBRADO EN LA HABANA

EN

ENERO DE 1890.



(418)





HABANA.

IMPRENTA DE A. ALVAREZ Y COMPAÑIA
calle de Ricla número 40.
1890



INTRODUCCION.

En sesión pública ordinaria de la Sociedad de Estudios Clínicos del 6 de Septiembre de 1888, bajo la presidencia del Dr. Raimundo de Castro, y antes de pasar á la orden del día, hizo uso de la palabra el Dr. Enrique Lopez para proponer la celebración de un Congreso Médico en esta ciudad, de carácter regional, y á su juicio fácil de realizar, dado el estado de nuestra actividad científica.

Apoyada en breves, pero atinadas consideraciones, dicha idea por el Sr. Presidente y los Dres. G. Casuso, J. San Martín, J. Santos Fernández, E. Plá y otros, se sometió á votación y fué aprobada por unanimidad.

En sesión extraordinaria del 16 de Septiembre de 1888, y bajo la presidencia también del Dr. Castro, celebrada con objeto de acordar lo más conveniente para la realización del indicado proyecto, se convino en el nombramiento de una Comisión que redactara el Reglamento, propusiera un programa de trabajos y entendiera en cuanto pudiera referirse á la organización de dicho Congreso, resultando elegidos por mayoría, en votación secreta, los Dres. J. Santos Fernandez, E. López, J. Jacobsen, G. Casuso y J. San Martín.

El 20 del mismo mes se reunieron los comisionados para distribuirse los cargos que debieran representar en la Comisión que formaban, quedando nombrados, á propuesta del Dr. Casuso, Presidente y Secretario respectivamente, los Sres. J. Santos Fernandez y E. López, por ser aquél el más caracterizado, y éste el más joven de los presentes, y como vocales, los Dres. J. San Martín, Casuso y Jacobsen.

Redactados los proyectos de Reglamento y Programa, se convocó á Sesión extraordinaria para su presentación, celebrándose el 17 de Octubre de 1888 bajo la presidencia del Dr. Castro, y aprobándose definitivamente aquéllos, después de algunas modificaciones.

Por renuncia del Dr. Casuso, y más tarde de los Dres. J. San Martín y J. Jacobsen, la Sociedad eligió para sustituirlos á los Dres. J. Torralbas, E. Montané y G. Sterling, continuando en esta forma hasta la celebración del Congreso.

REGLAMENTO PARA LOS CONGRESOS MÉDICOS DE LA ISLA DE CUBA.

(Aprobado por la Sociedad de Estudios Clínicos.)

Artículo 1º El objeto del Congreso Médico de la Isla de Cuba es estimular las investigaciones personales, estrechar las relaciones entre los médicos, y condensar los progresos de la medicina en Cuba.

Art. 2º El número de sócios es ilimitado. Podrán serlo:

1º Los que posean algún título académico que se relacione con la medicina.

2º Todas las personas amantes de esta ciencia, siempre que sus trabajos merezcan la aprobación de la Comisión Organizadora.

3º Los profesores extraños al país que quieran honrarlo con su adhesión.

Art. 3º Los candidatos se admitirán mediante solicitud escrita al Presidente de la Sociedad de Estudios Clínicos, organizadora del primer Congreso, y en lo sucesivo al Presidente de la Comisión Organizadora de los siguientes.

Art. 4º La Comisión Organizadora abrirá la primera sesión de cada Congreso. Corresponde este derecho en el primero al Presidente de la Sociedad de Estudios Clínicos con su Comisión Auxiliadora.

Art. 5º La Mesa definitiva, que se votará en la primera sesión, se compondrá de un Presidente, cuatro Vice-Presidentes, dos Secretarios y dos Vice-Secretarios.

Art. 6º El Presidente dirije los debates y mantiene el orden de la asamblea, fija las horas de sesiones é indica la orden del día.

Las actas y las decisiones del Congreso sólo irán firmadas por el Presidente y el Secretario.

Art. 7º El Secretario redacta las actas y la correspondencia, distribuye las tarjetas de admisión, y recibe la cotización, que se fija por ahora en $10.60 oro por persona.

Art. 8º Los archivos y la caja serán confiados al Secretario, que al fin de cada Congreso los entregará al Secretario de la Comisión Organizadora del siguiente.

Art. 9º Los temas y bases para el primer Congreso, después de su aprobación por la Sociedad de Estudios Clínicos, serán publicados por la Comisión Organizadora dentro del mes de su aprobación, por los medios más apropiados.

Art. 10. El Congreso designará en la última sesión algunos de los temas que deberán discutirse en el siguiente, facultando á la Comisión para que dentro del año de su nombramiento designe otros que considere adecuados y procure darles en dicho plazo la mayor publicidad.

Art. 11. Los sócios serán admitidos á la presentación de la tarjeta firmada por el Presidente y el Secretario de la Comisión. Esta tarjeta es válida para todas las sesiones del Congreso.

Art. 12. Los Congresos se celebrarán cada dos años en el mes de Enero, y su duración no excederá de una semana. El primer Congreso se inaugurará en la Habana el 15 de Enero de 1890.

Art. 13. Los trabajos destinados á los Congresos serán inéditos, y se remitirán al Presidente de la Comisión Organizadora antes de los dos meses que preceden al día fijado para su apertura.

Art. 14. El Congreso no dá diplomas. Las obras ú otros objetos que reciba se depositarán provisionalmente en el archivo de la Sociedad de Estudios Clínicos.

Art. 15. Las decisiones se tomarán por mayoría de votos.

Art. 16. Una vez organizado el Congreso, podrá subdividirse á propuesta del Presidente en secciones, cada una de las cuales votará un Presidente y un Vice-presidente, un Secretario y un Vice-secretario.

Art. 17. Los trabajos de cada sesión se verificarán en el orden siguiente:

1º Lectura, por el Secretario, del acta de la sesión anterior.

2º Lectura de la correspondencia.

3º Lectura de los trabajos presentados al Congreso y nombramiento de comisiones.

4º Comunicaciones escritas.

5º Comunicaciones verbales.

6º Fijación de la orden del día para la sesión siguiente, que se colocará en lugar visible del salón de sesiones y en el de descanso.

Art. 18. Se celebrarán dos sesiones diarias, de dos horas de duración cada una.

Art. 19. La duración de las comunicaciones no excederá de quince minutos, ni de cinco las argumentaciones. Ningún socio podrá argumentar más de una vez al disertante.

Art. 20. Las comunicaciones escritas, una vez leídas y discutidas, se depositarán en manos del Secretario. Los autores de comunicaciones verbales entregarán al mismo un extracto escrito de sus discursos.

En las comunicaciones pueden emplearse, además del español, los

idiomas francés é inglés, y en este caso se resumirán en el idioma patrio si algún socio lo solicitase.

Art. 21. Los trabajos presentados, si es posible, se publicarán en un volúmen impreso. Cada socio tiene derecho á un ejemplar que le será entregado por el Secretario, mediante recibo.

Art. 22. El Congreso elijirá de su seno, en la última sesión, una comisión compuesta de cinco indivíduos encargados de organizar el siguiente.

PROGRAMA PARA EL PRIMER CONGRESO MÉDICO.

Los trabajos que recibirá el Congreso son de dos órdenes:

1º Comunicaciones.

2º Presentaciones.

Las *comunicaciones* consisten en *temas libres*, es decir, elejidos por el socio comunicante sobre cualquier punto de medicina, y en *temas propuestos por la Comisión Organizadora.*

Para los temas libres se encarece la elección de asuntos prácticos de la patología local, y de la terapéutica indígena.

Se invita á los miembros del Congreso á presentar una estadística patológica de las localidades de su residencia.

La Comisión Organizadora propone á los compañeros investigadores la *solución de los problemas* siguientes:

1º Topografía y estadística médica de una localidad de la Isla de Cuba.

2º Etiología de la fiebre amarilla.

3º Profiláxis y tratamiento de la fiebre amarilla.

4º Clínica de la fiebre amarilla.

5º Anatomía patológica de la fiebre amarilla.

6º Tétanos.—Su etiología.

7º ¿Cómo debe considerarse el tétanos infantil, y á qué atribuir su frecuencia en Cuba?

8º Paludismo. Naturaleza del agente infeccioso.

9º Formas anormales del paludismo en Cuba.

10. Hemato-quiluria. Leuco-angiectasias. Principalmente etiología.

11. Patología hepática de los climas cálidos.

12. Naturaleza del íctero grave.

13. Intervención quirúrgica en los grandes abcesos hepáticos.

14. Estudio anatómico y clínico de la cirrosis atrófica en los asiáticos.

15. Estados febriles en la infancia que no corresponden á los tipos clínicos ya definidos.

16. Estudio clínico general de la viruela, en relación con la última epidemia observada en la Isla de Cuba.

17. Relaciones entre la lepra y la tuberculosis.

18. Complicaciones más frecuentes de los traumatismos en Cuba y medios de evitarlas.

19. Ulceras del recto.

20. Albuminuria en los primeros meses del embarazo. Tratamiento. En qué casos está indicado el aborto y condiciones que deben llenarse antes de realizarlo.

21. Tratamiento del aborto. Dadas las condiciones de nuestro clima, ¿debe preferirse la intervención ó la espectación?

22. Estudio sobre la catarata.

23. Estudio sobre la lepra.

24. Enteritis crónica, no tuberculosa, de los países cálidos.

25. Estudio sobre el *Ainhum*.

Las comunicaciones se imprimirán en un volúmen, según el artículo 21 del Reglamento del Congreso. Cada socio tiene derecho á un ejemplar de dicho volúmen.

Las presentaciones consistirán en:

1º Impresos.

2º Instrumentos.

3º Piezas anátomo-patológicas, etc.

4º Preparaciones histológicas.

5º Productos farmacéuticos.

Todos estos objetos se depositarán provisionalmente en el archivo de la Sociedad de Estudios Clínicos.

Puede hacerse además la presentación de enfermos para demostrar la eficacia de tratamientos médicos ó quirúrgicos.

La cuota personal de ingreso se destinará á la impresión de los trabajos y demás gastos del Congreso.





SESION INAUGURAL.

A las siete y media de la noche del día 15 de Enero de 1890, en el local de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, y con asistencia de casi todos los miembros inscritos, abrió la sesión el señor Presidente de la Sociedad de Estudios Clínicos, Dr. Diego Tamayo, expresándose en los siguientes términos:

«Señores: Es la primera vez que los médicos de la Isla de Cuba se reunen para cambiar y discutir sus ideas en un Congreso.

Hace más de un año nació este pensamiento en la mente de un profesor distinguido, el Dr. López, que lo propuso en la Sociedad de Estudios Clínicos, donde fué aceptado y acogido con general entusiasmo, deseosos de ver realizado este espectáculo gratísimo y consolador, que hoy contemplamos; porque es indudable que esta congregación de médicos lleva en su seno gérmenes fecundos de futuros progresos y de halagadoras y patrióticas esperanzas.

La crisálida, largo tiempo incubada, abre sus alas en este día memorable para todos y particularmente para la Sociedad de Estudios Clínicos.

Permitidme, señores, que por un momento vuelva la vista al pasado para dedicar un recuerdo á la memoria del Dr. Gallardo, que con el entusiasmo científico que sellaba su carácter, dió nacimiento y vida á esta Sociedad que hoy nos congrega.

Si cuando la muerte desorganiza la materia, borrando los caractéres de la personalidad, algo queda, su espíritu estará aquí, regocijándose

en esta obra. Los azares de la vida le llevaron á la muerte, que si nó, ocuparía este puesto con todo el prestigio de una alta inteligencia; este puesto que yo, tan pequeño á su lado, para ocuparlo, necesito cubrirme con la sombra de su recuerdo.

La Sociedad de Estudios Clinicos confió á una Comisión de su seno el delicado encargo de organizar el Congreso; pronto, dentro de breves instantes, dará cuenta de su cometido, por más que la presencia de vosotros aquí es testimonio vivo de la eficacia de sus gestiones y del entusiasmo que el pensamiento ha despertado por todas partes en la clase médica.

Réstame para terminar, dar las gracias, en nombre de la Sociedad que presido, á los que no siendo médicos contribuyen con su presencia á la solemnidad de este acto, enviar un saludo afectuoso á todos nuestros comprofesores, y á los que de puntos distintos y lejanos han acudido á la cita con el bagaje de su ilustración para dar mayor esplendor y brillo á las tareas pacíficas del Congreso; á esos, nuestra más cordial bienvenida y las gracias.»

Invitado por el señor Presidente, ocupa la tribuna el Dr. J. Santos Fernandez, Presidente de la Comisión Organizadora, y dá lectura al siguiente discurso:

«Sr. Presidente; Señores: Congregados en este recinto por el sólo estímulo del amor á las instituciones científicas, llenamos un deber para con la patria, porque ésta no se enaltece solamente blandiendo la espada ó escalando los altos puestos de la política; la honran y la enaltecen igualmente los que cultivan las ciencias y con paciente laboriosidad intentan resolver los grandes problemas que se relacionan con la salud pública y son la base del fomento, desde el punto de vista de la industria, del comercio y de la agricultura.

¿Quién duda que nuestras transacciones mercantiles sufrieron honda perturbación desde el momento en que los pueblos de otra zona han temido ser invadidos por el veneno amarillo, que más de una vez ha diezmado comarcas enteras de sus territorios? ¿Quién ignora que la nación colosal, que por su vecindad nos permite utilizar el fruto de su vertiginoso movimiento, pretendió un día interrumpir durante el estío el tráfico con nuestro litoral, tan sólo por el justísimo temor al contagio de nuestra terrible endemia?

¿No es un hecho que nuestros campos permanecen aún despoblados porque el inmigrante teme á nuestras letales playas, donde un día y otro se acumulan gérmenes mortíferos que amenazan las vigorosas naturalezas de climas ménos castigados por los ardientes rayos del astro rey?

¿De qué nos sirve la feracidad del suelo, con la exuberante vegetación que lo esmalta, cuando en ella se oculta el miasma que priva-

ría de la vida á tantos séres, si la ciencia con sus consejos no pusiese á raya su poderosa acción destructora?

¿Y habrá quien tenga por frívola é inútil nuestra actitud al congregarnos hoy en este lugar, con el fin de habituarnos á concertar los medios de resistir á las múltiples causas que aquí, como en todas partes, ó más que en ninguna otra, amenazan el equilibrio orgánico de la vida, en el cual debe descansar el progreso moral y material de toda sociedad firmemente constituída?

Hay más todavía; para las almas débiles ó poco expansivas, que no están templadas para las luchas morales y sólo examinan los hechos por el lado del lucro material, en la realización del Congreso Médico pudieran encontrar aún favorecidos sus ideales; así se demuestra una vez más que bien pueden vivir en perfecta harmonía el progreso moral de un pueblo con su adelanto mercantil, si en uno ú otro la ciencia sirve de moderador ó de guía; en efecto, cuando los que necesitan de las clases profesionales las encuentran organizadas á la altura que en los países más cultos, no rehusan sus servicios, ni se dá el caso de recurrir al extranjero por juzgar lo nacional descuidado, cual lo vemos hasta en la misma Metrópoli: el carecer nosotros de medicina propia ó de ciencia propia depende del desdén con que miramos las instituciones científicas, de la escasa protección que los gobiernos les dispensan, y de la poca que nos dispensamos mútuamente; de aquí la falta de obras nacionales, de libros propios, y la necesidad imperiosa de beber exclusivamente en fuentes extranjeras, no mencionando para nada lo nuestro, porque se ha hecho en nosotros mismos casi proverbial nuestra incapacidad científica. El mérito y el valer, señores, no son privilegio de ninguna raza; hay que conquistarlos con actos generosos y prácticas elevadas, lo mismo las clases ó corporaciones que los particulares, y forzando, si queréis, un tanto la dialéctica, pudiera agregaros como consecuencia, la tan conocida frase de que «cada pueblo tiene el gobierno que se merece.»

La asociación, que es el firme sostén de las grandes conquistas modernas, pugna con el trabajo aislado de los pueblos de ayer; aquél dejó apénas señales al través de los tiempos, si se tiene en cuenta el largo espacio recorrido; en cambio, todo el siglo diez y nueve, en virtud del mágico poder de la unión, nacida al calor de la libertad, es una apoteósis de lo que puede el pensamiento humano asociado y girando dentro del círculo extricto de los derechos, por fuerza ligados al más severo cumplimiento de los deberes que de ellos emanan.

Los Congresos científicos son el *sumum* de los efectos beneficiosos por el espíritu de asociación realizados; un día y otro las corporaciones de diversa índole acumulan los materiales, resultado de sus deliberaciones constantes, y más tarde, en época determinada, confún-

dense todas en una sola, y surge de aquí el Congreso científico, viva expresión de la actividad actual y del espíritu práctico de la época.

Nuestro país no podía mirar con indiferencia estas manifestaciones de los pueblos más avanzados, y á ello se debe que en una de nuestras corporaciones se alzase la voz de un joven soldado de la ciencia, quien, al proclamar la conveniencia de celebrar un Congreso Médico entre nosotros, tuvo á su lado como un solo hombre á todos los circunstantes, y desde aquel momento la Sociedad de Estudios Clínicos acogió con entusiasmo la idea que vemos realizada en este día, para honra de todos y satisfacción de su iniciador, el Dr. D. Enrique López, y de cuantos pusieron á contribución su actividad é inteligencia.

Hora es ya de señalar los obstáculos con que ha tenido que luchar la Comisión Organizadora para salvar de un seguro naufragio la nave del Congreso Médico, rudamente combatida por dos opuestas é inadmisibles tendencias: la inercia que nos enerva y el predominio del *magister dixit* que nos empequeñece; la primera, que es engendro del medio social en que vivimos, rezago de la servidumbre africana, y el segundo, que responde inconscientemente y del mismo modo á la costumbre del patrono, ante el cual nada había discutible, siendo su única ley la obediencia ciega.

Muertas las aspiraciones del joven, aherrojadas las esperanzas del que empieza por la actitud hostil del que navega ya con vientos bonancibles, síguese inevitablemente el desquiciamiento profesional.

Los encargados de salvar la idea del Congreso, advirtieron á tiempo los escollos, y han procurado orillarlos, hasta tal grado, que todos los elementos del cuerpo médico, en su gran mayoría, han venido á prestarle su valioso concurso.

Por eso vemos en estos escaños profesores de todas las localidades de la Isla, de las ciudades y de los pequeños caseríos, de lugares próximos y remotos de la capital, significando con su presencia que no en vano se esparce la simiente del progreso, que ella germina, siquiera sea en cantidad suficiente para no considerar defraudadas las esperanzas de los que, hoy como ayer, suspiran por el engrandecimiento de la patria, sobre las bases firmísimas del trabajo, el estudio y la libertad.

El material científico de que dispondrá el Congreso, á juzgar por los trabajos recibidos, es notable y variado; pasan de medio centenar las Memorias y Notas depositadas con toda anticipación y del duplo próximamente las cuotas abonadas. Ahora bien; si no guarda proporción una cifra con la otra, á nuestro sentir, depende de que entre nosotros se resienten los hombres de profesión de un mal que es general en todas partes, tratándose de los políticos solamente; éstos, en un gran número, empiezan por la democracia y terminan por la reacción,

luego que han escalado los más altos puestos del Estado; aquellos, los de la profesión, cultivan las ciencias para crearse una posición, y, una vez conseguido el objeto, las miran con desdén, y hasta las juzgan una amenaza.

Nada más injusto, nada menos equitativo, puesto que si á la profesión se debe el punto de apoyo que determinó la subida, para ella y para todo lo que con ella se relacione debiera guardarse la más viva simpatía; ésta engendra la unión de que disfrutan hasta las clases más modestas, ya perfectamente asociadas, y de que carecen los que pertenecemos á una esfera más elevada y con más disposiciones para hacerlo.

¿Por qué temer que personas ilustradas no puedan agruparse y discutir sin jamás lastimarse? ¿Acaso el cultivo de las ciencias no nos enseña á ser tolerantes con las opuestas ideas?

El respeto mútuo nos obliga siempre á deponer todo género de prevenciones y si, por azar, alguno, en momentos de ofuscación, delinque, el buen criterio de una mayoría respetable le creará el vacío y tácitamente le llamará al orden con su actitud correcta y atinada.

Ligados estamos por idéntico móvil; en breve expondréis vuestras ideas, sin otro objeto que el de inquirir la verdad; el respeto mútuo, repetimos, será invariablemente la norma de conducta que debe guiarnos, y del choque de opuestas opiniones saldrá siempre ileso el decoro profesional; no podría suceder otra cosa, porque al fin de las tareas, cualquiera que sea la opinión que predomine, acerca de éste ó aquél tema, no habrá, podréis asegurarlo, ni vencedores ni vencidos.

Nuestra misión ha terminado en su parte más trascendental; después de largas faenas, vése hoy coronado el esfuerzo de cuantos ansiaban ver realizada esta manifestación del espíritu público. Estamos en pleno Congreso, y nadie negará que es un hecho su celebración, y bien pronto su funcionamiento.

Antes de resignar los poderes, para honra nuestra recibidos, cúmplenos, á nombre de la Comisión Organizadora, ofrecer el testimonio de nuestro reconocimiento, á todos cuantos nos han prestado su cooperación para empresa tan meritoria.

Están, en mi primer término, los que fáciles á nuestra excitación se adhirieron al Congreso, y con su presencia responden hoy á la voz de la ciencia y del verdadero y bien entendido patriotismo.

A vosotros, pues, dignísimos colegas, os dirijo desde esta tribuna, la más entusiasta bienvenida.»

Acto seguido, el Dr. Enrique López, Secretario de la referida Comisión, dió lectura á la lista de los señores sócios adherentes, á los títulos de los trabajos presentados, y á la relación de las cuotas recolectadas.

Inmediatamente y con arreglo al artículo 11 del Reglamento, se procedió á la elección de la Mesa definitiva del Congreso, por votacíón secreta, resultando elegidos:

Presidentes honorarios.

Dr. D. Nicolás Gutierrez.
» » Fernando Gonzalez del Valle.

Presidente.

Dr. D. Francisco Zayas y Jimenez.

Vice-Presidentes.

1º Dr. D. Juan Santos Fernandez.
2º » » Emiliano Núñez de Villavicencio.
3º » » Luis Montané.
4º » » Federico Horstmann.

Secretarios.

Dr. D. Enrique López.
» » Bráulio Saenz Yanez.

Vice-Secretarios.

Dr. D. Julio San Martín.
» » Joaquín L. Dueñas.

Después de proclamar el resultado del escrutinio, invitó el Dr. Tamayo á los indicados señores para que ocuparan sus respectivos puestos, y verificado ésto, pronunció el Dr. Zayas el discurso que sigue:

«Señores: al dirijirme á vosotros en cumplimiento del cargo tan delicado como honroso con que la aquiescencia de vuestro sufragio me distingue en tan excepcional ocasión, debéis creer que el sentimiento de mi responsabilidad, en el deseo de corresponder debidamente al mandato, á la imposición de vuestros votos, en nada se amengua, ni oscurece, por la satisfacción de un honor, que si es tan alto que alcanza á medirse con la insuficiencia real de mis aptitudes, será por lo menos exaltado por los esfuerzos de una voluntad que en toda mi vida profesional ha sido leal servidora de mis más altos empeños.

Será para mí, sin embargo, suficiente, al escudarme con el amparo de vuestra benevolencia, saber que los conceptos que ahora expresan mis palabras, convienen en este instante con la misma calidad de las ideas, con los mismos elevados pensamientos con que acuden á mi ce-

rebro las ideas y los pensamientos incubados por el benigno estímulo de la determinación intelectual, que á tantas voluntades y á tantas actividades pensadoras congrega y reune en esta unidad intelectual. Así sabré, desde luego, que todas presiden conmigo esta ya necesaria solemnidad. Así sé ya también, que los conceptos que resuenen en la vibración de mi palabra serán vuestros propios conceptos y que desde aquí hablo por todos.

Preciso es convenir, señores, en que este Congreso ha venido á realizarse entre nosotros un poco tarde, sobre todo, si se considera lo que hemos oído pregonar la viveza intelectual que distingue á los que nacen modificados por las múltiples influencias que actúan en este ambiente, y que yo no me atreveré á decir que no haya fundamentos experimentales para así decirlo y demostrarlo. Preciso es convenir en que estando, cuando menos, dotados de las generales y necesarias aptitudes para los esfuerzos que exije la investigación de las verdades que forman el objeto de nuestros particulares estudios, ha quedado hasta el presente casi estéril esa mira pensadora, en el sentido de exponer, con la evidencia de sus productos y resultados, la afirmación de esas distintivas cualidades. ¿Por qué causa, pues, se ha retarddso entre nosotros este acontecimiento? ¿Cómo sucede que hasta la hora presente, este acto de función cerebral no respondió al estímulo que solicitan en ese substractum del pensamiento y de la voluntad las excelencias de sus progresivas actividades? Debemos, señores, considerar de urgencia el análisis de esta anomalía, análisis que debe formar el capítulo primero de la historia de este Congreso.

Son hoy verdades perfectamente comprobadas, y que forman por eso mismo la base en que se afirman nuestras determinaciones para el reconocimiento y alivio de los males, que estamos diariamente obligados á atender, aquellas por las que se reconoce la relación constante entre la textura é integridad de los tejidos vivientes y la regularidad y calidad de la función producida. Con ese criterio fundamental, y sólo con él, juzgamos todos los días, alumbramos en todos los casos las infinitas y complejas variedades del dolor y de la enfermedad.

Todos los metódicos esfuerzos en la Escuela y en la Universidad; todos los internos impulsos que nos han llevado á satisfacernos en ese íntimo goce, proporciona la posesión de la realidad, cuando se encuentran y se reconocen el hecho y el pensamiento, la naturaleza en el complemento de esa función, en el que todo lo que es universo sensible, ha de ser universo pensante. Ha tenido para nosotros, por principal objeto, el conocimiento de las condiciones regulares de existencia de la materia viviente. Todos nosotros, con idea más ó menos clara de esa realidad, llevamos en nuestra mente esa síntesis de las ordenaciones de la vida, ese cuadro de las relaciones de la materia y de la fun-

ción, y ese es el que constantemente explicamos como elemento de comparación para medir y entender en cuanto se aparta y diferencia el mal observado de esa representación ideal que constituye en órganos y funciones la regularidad y la salud.

Pues bien, señores, este mismo criterio, esa misma síntesis, este mismo método, tenemos que aplicarlo en la hora presente y en el caso nuestro. ¿Cómo es que nuestros órganos pensadores, que de seguro son de iguales condiciones y aptitudes que los de la raza elevada á que pertenecemos en el órden etnológico, no ha respondido sino muy tarde á las exijencias que debieran haberle estimulado á sus excelentes actividades? Si ha habido, como aparece, una irregularidad funcional, hay, necesaria y lógicamente, en las condiciones del tejido en que reside un desórden que constituye una enfermedad. Y así es lo cierto, y éste es el motivo de este atraso nuestro, para llegar á ponernos en el concierto del progreso general.

Yo no titubearé en exponer en breves rasgos las causas, los caractéres y el pronóstico de este mal. Sabéis, señores, las influencias extraordinarias que tienen sobre el indivíduo las causas morales, los afectos deprimentes sobre su constitución. Sabéis y debéis haber pensado, y debéis pensar ahora, que no me aparto de la gravedad que conviene á una congregación de esta clase cuando asegure no forma solamente con su corteza sólida y líquida y su envoltura aeriforme el medio todo y completo, el complejo ambiente llamado á influir y á módificar, perfeccionando ó dañando á los séres humanos que sobre ella se sustentan. Estos mismos séres, condensaciones vivas de esta misma tierra y de este mismo aire en sus contínuas ascensiones, desde la materia bruta hasta las alturas de la materia viva, inteligente y responsable en su perpétua descendencia á las capas inferiores de la tierra de donde procedían, dejan invariablemente tras de sí, como legado siempre activo, una invisible atmósfera de pensamientos y de sentimientos tan sensible, ó más sensible para las organizaciones futuras, como ambiente modificador, que lo que pudiera serlo la atmósfera oxigenada que respiramos, ó el éter que nos trasmiten las vibraciones luminosas.

¿Será preciso que yo os señale las actividades de ese legado positivo, las influencias á distancias considerables de esa tierra que vivió sobre esta tierra que hoy vive y piensa? Nó; porque á vosotros, menos que á nadie, puedo haceros el agravio del desconocimiento de ese hecho.

Ese legado activo de la materia que vive, viene de remotas distancias, por el tiempo y por el espacio, y ¡cuánta influencia no tiene sobre las ideas esa atmósfera de que os hablo!

Esa atmósfera es tan sensible y activa como la oxigenada ó el éter

que trasmite las vibraciones lumínicas. Sabéis cuántos errores, producto de la ignorancia, minan esta sociedad, arrastrando á determinadas personas que debían haberse salvado de ese naufragio desdichado.

No hay duda; yo no quiero hacer historia, ni quiero más ayuda que la que se refiere al conocimiento que se deduce de esa enfermedad en general; nadie tiene la culpa, todos debemos acercarnos al confesionario de la naturaleza.

Pues bien; nosotros, dentro de esta circunscripción geográfica que nos limita, durante cuatro siglos, hemos recibido de todas las generaciones caídas y desaparecidas, esa herencia funesta de las degradaciones morales, que poco á poco, y con constancia no interrumpida, ha ido dañando, enervando y disminuyendo nuestras resistencias y potencias orgánicas. Nuestras relaciones necesarias y provechosas, con el benéfico ambiente que la naturaleza brinda al sano trabajo y al íntegro pensamiento, han quedado aquí reducidos y paralizados. Yo no intento aquí describiros la historia, que conocéis, porque no me refiero á ella sino bajo el punto de vista que conviene á la tésis que desenvuelvo, y en la que me propongo ser breve. Ya tenéis para meditar sobre la influencia real de esas condiciones como causa de la enfermedad general que sufre todo nuestro cuerpo orgánico. Y ahora aparecen como consecuencia y comprobación de estos asertos, los síntomas característicos del estado patológico general. Sí, las estadísticas imperfectas que poseemos (todo veréis que es imperfecto) señalan para la mortandad de esta población una cifra que no se apartará mucho de un 45 por mil y por año, y ya sabéis que hay poblaciones en Europa en que esa cifra apénas sube á 18 por mil en igualdad de tiempo, ¡qué triste idea de las reservas y potencias de nuestros cuerpos para sostenerse en el conflicto con las causas destructoras! Vosotros sabéis, como prueba de esa diferencia, que en muchos casos tenemos que moderar las dósis de los remedios activos señalados por los médicos de esos países, porque serían perjudiciales en estos débiles séres. Vosotros conocéis, como síntoma de este estado general, que nuestros gabinetes de consultas se llenan todos los días de hombres, de mujeres, de niños, todos marcados por la cronicidad de las diátesis más rebeldes.

Basta, para todos los que hemos pensado sériamente, el recuerdo de la abigarrada mezcla de reducidas individualidades que forman el conjunto de esta congregación humana; basta el pensar dentro de ese recuerdo y reunir en idea el conjunto de toda esa masa heterogénea, que es la que está obligada á pensar y actuar sobre esta tierra. Y llegando á las señales y síntomas de este mal que en nosotros mismos se evidencia, ¿como hemos sido hasta esta hora, hasta hace poco tiempo? Yo no negaré los esfuerzos de unos pocos buenos, esfuerzos las más veces perdidos, contra la resistencia brutal de la ignorancia, pero es-

fuerzos al cabo que reivindican las excelencias de la humana dignidad. Pero fuera de esos casos aislados, hemos sido hasta hoy oscuros satélites de lejanos astros; hemos vivido casi enteramente del trabajo intelectual ajeno, como vivíamos del ajeno trabajo material. Muchos han tenido que buscar fuera de aquí y en otras escuelas las luces que aquí no se encontraban. No relacionadas con nuestra propia Naturaleza, no fijadas con la importancia de esta unidad geográfica de nuestra patria, que hace excepción variada por su flora, por su fauna, por su clima, á las condiciones de vida dentro de estos elementos, apénas si algunas inteligencias puras y distinguidas se han ocupado últimamente de esos problemas que constituyen nuestras peculiares enfermedades. Sin esas relaciones con esta unidad territorial que forma y formará la base de nuestra unidad orgánica, rota estaba nuestra undida cerebral, roto el lazo de la confraternidad.

Yo no quiero hablar más de síntomas, y bastante se ha hecho con señalar las causas y efectos del mal.

Y ahora, señores, debo deciros: dos objetos dirigidos á un fin deben ser los impulsos de nuestros trabajos en esta comunidad. Uno, el primero, es el estudio del factor hombre, tal como lo conocemos aquí, rodeado de amenazas que dañan la atmósfera que lo circunda. En este ambiente, lleno de enfermedades y dolores, buscamos, como lo hacemos cada día, recursos activos para remediar el mal actual. Es necesario acudir á todas estas desgracias.

Este hecho debe ser el objetivo de nuestros trabajos; algunos se han presentado aquí, y es seguro que en la colécción de ellos aparecerán cuestiones más generales que se refieran al alivio inmediato de la dolencia, preparando por un estudio de causa á efecto las circunstancias al objeto más elevado.

El primer título profesional nos sirve para aliviar muchos dolores; pero hasta aquí estamos incompletos. Es necesario, no sólo la práctica, sino también la ciencia; y ésta no queda satisfecha mientras no se abracen todas las materias que comprende.

Es la función general de relación con el medio. Es de necesidad; por eso no adelantamos.

Tenemos que descender para alumbrar ese camino á la unidad, bajo el punto de vista biológico. En el estudio del hombre y del mamífero aparece la célula protoplasmática, último eslabón de la cadena que sube por modificaciones y transformaciones hasta formar, en la série última, el cuerpo humano. Allí donde el vegetal se relaciona con la tierra, comienza la vida; así es que la salud, tanto en el hombre como en la planta, tiene para nosotros igual interés.

Este problema encierra grandes consideraciones de higiene general; no es posible subir separadamente en la escala; el laboratorio probó

con el crisol y la balanza que cualquiera parte de esa série no está formada por otra cosa que de los elementos tierra y atmósfera. Emparentados estamos con la tierra que tiene aspiraciones á la vida. Estas son consideraciones fundamentales para la higiene.

¡Cuántas moléculas de aire, tierra y agua aspiran á ascender para transformarse en esa célula clorofiliana bajo la influencia de la chispa de los rayos solares, que condensa en materia viva las capas inferiores, inertes y brutas! La más estrecha relación explica las corrientes reales de todos esos elementos.

Aclaremos esto con un ejemplo.

Hace años que la Inglaterra entregó en manos de sus agricultores millones de libras esterlinas ¡cuánta ciencia obligó á este acto definitivo! No se trataba de otra cosa que de sanear las tierras de ciertos estados, en donde las plantas no fructificaban, los animales vivían miserablemente y el hombre moría de fiebre; las tierras fueron drenadas.

Al poco tiempo se observó que por el drenaje la temperatura se elevó á más de un grado, la humedad desapareció, las plantas se multiplicaron, el animal vivió bien y el hombre recuperó su salud. Aquel experimento demuestra que la gran operación de sanear la tierra se conocía antes que los actuales adelantos, y el estudio de los microbios ha demostrado la utilidad de la medida.

Los grandes trabajos de los acueductos y cloacas de París y Lóndres han demostrado que se podían aprovechar sus productos para regar las tierras, beneficiando la agricultura y obteniendo mayor rendimiento.

Entre nosotros existe un mal tremendo, como lo hizo notar el doctor Santos Fernandez, la fiebre amarilla; todos presumimos la agresión de la tierra; ¿quién se ha vuelto á ella? Nadie. ¿Quién tiene la culpa? No se sabe.

Yo no diré que esta acción sea inmediata, pero sé que han de caer muchas generaciones para que quede sepultado bajo capas más benéficas el veneno que emponzoña nuestra atmósfera hasta el olvido más completo.

Si encendeis vuestras lámparas con la luz de la inteligencia, si con vuestra conciencia recta habeis logrado dominar las olas que nos combaten, yo creo que con esos recursos intelectuales hareis una obra digna y humana.»

A continuación el Dr. López dió lectura á la orden del día para la primera sesión, y fijada ésta para las siete y media de la noche del inmediato, el señor Presidente dió por terminado el acto, y declaró abierto el Primer Congreso Médico Regional Cubano.

Lista de los sócios adherentes.

HABANA.

Dr. Enrique López.
» Angel Fernandez de Castro.
» Emilio Martínez.
» Ignacio Plasencia.
» Ricardo Gutierrez Lee.
» Ignacio O'Farril.
» J. Santos Fernandez.
» Julio San Martín.
» Eduardo F. Plá.
» Diego Tamayo.
» Joaquín Diago.
» Juan N. Dávalos.
» Manuel Delfín.
» Enrique Acosta.
» Manuel Fors.
» Manuel Johnson.
» Antonio Gonzalez Curquejo.
» Eduardo Lebredo.
» Mario Lebredo.
» Felipe Arango.
» Cárlos Desvernine.
» Manuel G. Lavín.
» Antonio Jover.
» Vicente B. Valdés.
» Gonzalo Aróstegui.
» Arístides Mestre.
» Nicolás Gutierrez.
» Raimundo de Castro.
» Secundino de Castro.
» Enrique Portuondo.
» Arturo Tejada.
» Andrés Valdespino.
» Agustín Varona.
» José Pulido Pagés.
» Federico Horstman.
» Ramón Echavarría.
» Raimundo Menocal.
» Francisco Regueira.
» Rafael Bueno.

Dr. Joaquín Dueñas.
» Eduardo Palú.
» Juan A. Bueno.
» Prudencio Bueno.
» Juan Plá.
» Vicente de la Guardia.
» José López Villalonga.
» Antonio Górdon.
» Francisco de P. Rodriguez.
» Enrique Saladrigas.
» Manuel Cortada.
» Julio Cisneros.
» Manuel Cañizares.
» Diego Urdanibia.
» Antonio Echevarría.
» Francisco Zayas y Jimenez.
» José Torralbas.
» Laura Carbajal.
» Cárlos Finlay.
» J. Gómez de la Maza.
» Tomás Plasencia.
» José R. Montalvo.
» Santiago Fernandez Boada.
» José Trujillo.
» Francisco Dumas.
» Francisco Marill.
» Eduardo Belot.
» José Sarrá.
» Cárlos de la Torre.
» Eduardo Semprún.
» Manuel Moreno de la Torre.
» Juan B. Landeta.
» Fernando Gonzalez del Valle.
» Luis Hernandez Rubín.
» Arturo Reyes Sardiñas.
» Cláudio Delgado.
» Adolfo Reyes.
» Miguel Sanchez.
» Víctor Zugasti.

Dr. Antonio Díaz Albertini.
» Gustavo Sterling.
» Pedro Cartaya.
» Bráulio Saenz Yanez.
» Luis Montané.
» Francisco Rayneri.
» Francisco Penichet.
» Andrés Weber.
» Erastus Wilson.
» José E. Ramos.
» Gabriel Casuso.
» Francisco Zayas Alfonso.
» Ignacio Rojas.
» Francisco Torralbas.
» Emiliano Núñez.
» Domingo F. Cubas.
» Joaquín Jacobsen.
» José Estrada.
» Leonardo Sánchez.
» Cárlos Ulrici.
» Francisco San Pedro.
» Miguel Gordillo.
» Manuel Espada.
» Avelino Barrena.
» Manuel Díaz.
» José Ramirez Tovar.

Dr. Juan Cisneros.
» Felipe Poey.
» Manuel Parajón.
» Agustín Alvarez.
» Enrique Porto.
» Manuel S. Castellanos.
» Nicasio Silverio.
» Gustavo Xiquel.
» Roberto Chomat.
» Juan Vilaró.
» Fernando Calvez.
» Ricardo Gastón.
» José F. Arango.
» José Ecay.
» Juan B. Fuentes.
» Rafael Weiss.
» Pantaleón Machado.
» Julio Zúñiga.
» Jorge Díaz Albertini.
» Felipe Carbonell.
» Segundo Bellver.
» Arturo Bosque.
» Daniel Burgess.
» Domingo Cabrera.
» Juan R. O'Farrill.
» Francisco Polanco.

Marianao.—Dres. Eduardo Echarte, Enrique Morado, José Forns, Manuel Unánue, y Abraham Pérez Miró.

Mazorra.—Dres. Gustavo López y José Malbérti.

Batabanó.—Dres. J. M. Campos, Alberto Declouet, Francisco Diaz Piedra.

Santiago de las Vegas.—Dr. Eligio Palma.

San Antonio de los Baños.—Dr. Rafael Echavarría.

Alquizar.—Dr. Lorenzo Chabau.

Matanzas.—Dres. Domingo Mádan, Antonio Zanetti, Julio Ortíz, Justo Verdugo, Antonio Font, Manuel Zambrana, Ricardo García. Adolfo Lecuona, Eduardo Diaz.

Aguacate.—Dr. Luis Gonzalez O'Brien.

Jaruco.—Dr. Antonio Vesa y Fillart.

Pedroso.—Dr. Eleuterio Paz.

Madruga.—Dr. José Mª Pardiñas.

Union de Reyes.—Dr. Regino Lima.

Macurijes.—Dr. Eduardo Baró.

Coliseo.—Dr. Juan Soto.

Cárdenas.—Dres. Daniel Gutierrez, Fernando Mendez, Francisco Barrinat, Alejandro Neira, y Luis Rós.

Colón.—Dr. Rafael Cárdenas.

Roque.—Dr. Vidal Junco.

Cabañas.—Dres. Tomás V. Coronado y José Vila.

Las Pozas.—Dres. Coronado y Castro.

Consolación del Sur.—Dr. Ferrer.

Guane.—Dr. Leonardo Tariche.

Santa Clara.—Dr. López Silvero.

Sagua.—Dres. Pedro Albarrán, Francisco Rodriguez y Agustín V. Reyes.

Cienfuegos.—Dres. Luis Perna de Salomó y Alfredo Vila.

Sancti-Spiritus.—Dres. Rudesindo García Rijo, Oscar Amoedo, Sebastián Cuervo, Cárlos Mancini, Montiniano Cañizares, Agustín Cañizares, y Alejandro Echemendía.

Trinidad.—Dr. Agustín Cacho.

Remedios.—Dr. Domingo Lagomasino.

Camajuani.—Dr. A. Abril.

Santa Isabel de las Lajas.—Dr. A. Villaverde.

Cifuentes.—Dr. Fernando Plazaola.

Puerto Principe.—Dr. Alfonso Betancourt.

Manzanillo.—Dr. Francisco Codina.

San Cristobal de los Pinos.—Dr. Simón G. Amestoy,

Paso Real de San Diego.—Dr. Rafael del Pino y Díaz.

Estados Unidos.—Dr. Agustín Fernandez Ibarra.

Francia.—Dres. Félix Guyon (Profesor). Joaquín Albarrán y Enrique Yuria.

RELACION DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS

Y NOMBRES DE SUS AUTORES.

Dr. Vicente de la Guardia....	Consideraciones demográficas relativas á la ciudad de la Habana, año 1889.
——	Relación de la última epidemia de viruelas, 1887 á 88.
» *Tomás V. Coronado......*	Estadística de una localidad de Vuelta Abajo.
——	Dermatophilus penetrans.
» *Méndez.......................*	Estadística demográfica de la ciudad de

	Cárdenas, tomando un período de seis años.
Dr. *Luis Montané*..............	Estudio de patología social.
» *Enrique Saladrigas*.......	Tuberculosis pulmonar. Breves consideraciones sobre el tratamiento por las inyecciones rectales gaseosas y por el tanino.
» *Raimundo Menocal*.......	Ulceras del recto. Tratamiento.
» *Abrahan Pérez Miró*......	Aparatos especiales para las fracturas de las extremidades. Presentación.
» *J. San Martín*............	Investigaciones espectroscópicas de la sangre, bílis y orina en la fiebre amarilla.
» *Gustavo López*............	Notas sobre las afecciones mentales más frecuentes en Cuba y particularidades que ofrecen.
» *Ignacio Plasencia*.........	Tratamiento del hidrocele por el ácido fénico.
» *Avelino Barrena*..........	Extirpación del saco en los aneurismas arteriales y arterio-venosos de los miembros.
» *Eduardo Belot*............	La hidroterapia en la anemia.
» *Nicolás Manzini*..........	El tétanos de las Cinco Villas.
» *Luis Perna de Salomó*....	Desimplantación prematura y expontánea del cordón umbilical.
» *Sebastián Cuervo*.........	Notas sobre dos luxaciones traumáticas de la rótula.
——	Noticia sobre agrupación médica en Sancti Spíritus.
» *J. Santos Fernandez*......	Pérdida de la vista por herida de bala.
——	Estudio sobre la catarata (1ª parte.)
——	Idem idem idem (2ª parte.)
——	Autoplastia, párpado inferior.
——	Método operatorio del chalacion.
——	Ciegos de nacimiento.
» *Manuel Delfín*............	La leche en la Habana.
» *Gustavo López*............	¿Existe en la locura ese intervalo de razón que entiende y determina el código penal?
» *Joaquín Diago*............	Hemato quiluria de los países cálidos (1ª parte.)
——	Hemato quiluria de los países cálidos (2ª parte.)

Dr. *Perna de Salomó*.........	Observaciones hechas en la epidemia de viruelas de Cienfuegos de 1887 á 1888.
» *Arturo Tejada*.............	Consideraciones históricas sobre el orígen de la fiebre amarilla en Cuba.
» *Erastus Wilson*...........	La medicina preventiva.
» *Cárlos Desvernine*.........	Contribución al estudio de las parálisis laríngeas del territorio de los recurrentes.
» *J. Santos Fernandez*......	Conjuntivitis catarral convertida en purulenta.
» *Julio San Martín*.........	El riñón en la fiebre amarilla.
» *Joaquín Dueñas*..........	Del empleo de la quinina en la Habana.
» *Manuel Espada*...........	Del paludismo larvado.
» *Diego Tamayo*.............	Investigaciones sobre la fiebre amarilla.
» *Luis Ros*......................	Atresia del cuello uterino producida por el raclaje del endometrio.
» *Ignacio Rojas*.............	Estudio sobre el modo de atenuar, abolir y combatir los efectos generales de la cocaina, y manera de aplicarla en inyecciones submucosas.
» *J. Malverti*..................	El hipnotismo y sus aplicaciones en la terapéutica de las afecciones mentales.
» *Enrique Portuondo*...... *y* » *Juan N. Dávalos*.........	Análisis bacteriológico de las aguas del Canal de Albear.
» *Rafael Bueno*..............	Despegamiento epifizario de la extremidad superior del húmero.
» *A. W, Reyes*..............	De la fiebre de borras ó vómito de los criollos. Casos clínicos.
» *Juan N. Dávalos*..........	Aumento de la virulencia del microbio del muermo por la temperatura media del país.
» *J. Vila*.........................	Consideraciones sobre la naturaleza y tratamiento de las diarreas crónicas de los países cálidos.
» *José María Pardiñas*....	Nota sobre las indicaciones y contraindicaciones de las aguas minero-medicinales de Madruga.
» *Justo Verdugo*............	Ligador de arterias en los casos de aneurismas de los miembros.
» *Ricardo Coronado*.......	Intervención quirúrgica en los grandes abcesos hepáticos.
» *Gonzalez Curquejo*.......	Nota sobre los extractos fluidos.

Dr. *Guyon* (Profesor, Paris)...... y » *Albarrán* (Paris)............	Estudio experimental de la retención de orina.
» *Domingo Mádan*..........	Conjuntivitis edematosa, dependiente de la arterio esclerosis.
» *E. F. Rodriguez*..........	Patología hepática de la fiebre remitente infantil de los países cálidos.
» *Rafael Tristá*..............	Parto múltiple.
» *Eduardo Semprum*.......	Sobre la conveniencia de ensayar un nuevo modo de tratamiento en la fiebre amarilla.
» *Oscar Amoedo*............	La cocaina.—Su acción fisiológica y terapéutica. Crítica de las observaciones publicadas.
» *Pedro Albarrán*...........	Neuropatía urinaria.
» *E. Palma*...................	Estadística médica de Santiago de las Vegas.
» *Rafael Weiss*...............	Estadística de fiebre amarilla.
» *R. Gutierrez Lee*..........	Fiebre de borras.
» *Eduardo F. Plá*...........	Naturaleza infecciosa del tétanos.
» *B. Saenz Yanez*..........	Tétanos infantil congénito.
» *A. Neira*.....................	Albuminuria en los primeros meses del embarazo.
» *Rafael Weiss*...............	Albuminuria y eclampsia.
» *Gabriel Casuso*...........	Un caso de eclampsia.
» *Tomás V. Coronado*......	Consideraciones sobre el diagnóstico y pronóstico de los intoxicados por el paludismo.
——	Apreciaciones sobre el tratamiento de los palúdicos.
——	Paludismo. Naturaleza del agente infeccioso.
——	Formas anormales del paludismo en Cuba.
» *R. García Rijo*...........	Apuntes clínicos sobre el envenenamiento por la leche en los niños recien nacidos y fiebres de la primera infancia.
» *Enrique Acosta*..........	La rábia y el tratamiento de Pasteur en la Habana.
» *Enrique López*............	Queratitis leprosa.
——	Ojeada histórica de la medicina en Cuba.
» *Cárlos Ulrici*...............	Estudio sobre el Isotoma Longiflora (Revienta Caballo).

Dr. *Francisco P. Rodriguez..*	La gingivitis expulsiva en la Isla de Cuba.
» *José Torralbas............*	Difteria.
» *Manzini....................*	Fragmentos de los estudios fisiólogo-patológicos de la mujer cubana.
——	De l'emploi du mercure dans la zone torride.
» *Enrique Morado..........*	Importancia del estudio microscópico de la sangre al bicromato de potasa, bajo el punto de vista terapéutico.
» *Cárlos Desvernine.........*	Contribución al estudio de la anatomía patológica de la parálisis agitante.
» *Abrahan Pérez Miró....*	Fractura complicada grave del húmero en su cuello anatómico y en la parte media.
» *Enrique Acosta............*	De la frecuencia de la iritis específica.
» *José Francisco Arango....*	Relación entre la lepra y la tuberculosis.
» *Juan Bautista Fuentes...*	Caractéres clínicos de la infección muermosa.
» *Gonzalo Aróstegui........*	Corea crónica progresiva.
» *San Martín................*	Presentación de una cánula improvisada de traqueotomía del Dr. Desvernine.
» *Enrique Lluria.............*	Asepsia y antisepsia de las vías urinarias.
» *Fernandez Ibarra.........*	Notas clínicas y observaciones sobre el nacimiento de un feto doble.





SEGUNDA SESION.

(16 de Enero.)

El Dr. Nuñez, (Vice Presidente) abre la sesión.

El Dr. Zayas ocupa la Presidencia.

El Secretario, Dr. López, lee el acta de la sesión anterior, que fué aprobada por unanimidad y el artículo 19 del reglamento, que concede 15 minutos para la lectura de los trabajos y 5 para las argumentaciones, prohibiendo las réplicas.

El Sr. Presidente: el Dr. La Guardia tiene la palabra para dar lectura á su trabajo:

Consideraciones Demógráficas relativas á la ciudad de la Habana. Año 1889.

Por el Doctor V. de la Guardia.

Sr. Presidente, Sres.:

Cábeme la honra de inaugurar los trabajos científicos de este primer Congreso Médico Cubano. La reunión de casi todas las inteligencias que en el país significan algo en medicina, es una garantía de éxito. No ha de medirse nuestra fuerza en relación con la de las grandes capitales de Europa que han realizado Congresos admirables: nuestro empeño no tiene tanto alcance, no queremos permanecer rezagados

en el concierto general y aspiramos á que mas tarde se repita del Congreso, lo que yo en este momento digo de mi modesto trabajo: *feci quod potui, faciant majores potentem.*

La memoria que someto á la consideración del Congreso es puramente práctica, de utilidad general y aunque de suyo arida no titubeo al exponerla en términos latos, puesto que los que aquí estamos, no habremos de ocuparnos de asuntos fútiles más ó menos bellos en su forma, si, que de cuestiones y problemas cuyas soluciones nos proporcione el medio eficáz de realizar adelantos de efectivos resultados.

Tal carácter tiene la Demografía, esa ciencia que como es sabido se ocupa de las colectividades humanas, cuyo objeto es conocer los elementos de que están constituidas, como viven y como se efecúa su incesante renovación. Su principal instrumento de investigación, es la Estadística.

Nuevo en este país es la clase de estudio á que hace algun tiempo vengo dedicado. Débese hacer constar, que el Dr. D. Ambrosio G. del Valle, distinguidísimo higienista, inició con sus Tablas Obituarias, publicadas anualmente, algunos trabajos que guardan cierta analogía con la Demografía, además el ilustrado Catedrático que fué de esta Universidad, Dr. D. Angel Cowley dió á luz hacia el año de 49 un opúsculo sobre la mortalidad en esta Capital.

Al llevar á efecto estas investigaciones se ha tenido que tropezar con numerosas dificultades; lo que se ofrece es debido exclusivamente á la iniciativa particular, nada se ha podido adquirir del elemento oficial, de todo se carece, ni aun siquiera se ha logrado saber cual es el perímetro de la Habana, mucho menos la superficie en metros cuadrados; así, no es de estrañarse que no sea posible que me ocupe de la densidad relativa de la población y hasta fines del año antes pasado (1888) tocante á la misma, en las esferas del Gobierno se sabía tan solo que estaba constituida por 198,000 y pico de indivíduos, no consignándose raza, nacionalidad, sexo etc.

Los cuadros que sirven de base á estos estudios han sido publicados, casi todos, en la Crónica Médico-Quirúrgica.

La ciudad de la Habana segun el censo de 1887—terminado últimamente—tiene una población que asciende á 200,448 habitantes. El censo de 1877 arrojaba 198, 721; comparados uno y otro censo, durante un período de 10 años, la población obtiene un pobre aumento que llega modestamente á la cifra de 1.727.

La población se divide del siguiente modo: blancos 146,192 (87,804 varones, 58,388 hembras), negros y mestizos 50,619 (19,553 varones, 30,066 hembras). Quedan por último 4,637 asiáticos, de ellos únicamente 24 pertenecen al sexo femenino—sumados los sexos, se cuentan 111,870 varones y 88,478 hembras, lo que da un aumento con

respecto al sexo masculino sobre el femenino, que asciende á 23,492— Españoles, existen 194,106, extranjeros, 6,342.

En la raza blanca, saben leer y escribir 99,273 lo que da un tanto por ciento igual á 67,89. Saben solamente leer 4,017, que da un 2,75. carecen de instrucción 42,902, igual á un 29,36.

En los indivíduos de color (negros, mestizos y asiáticos) saben leer y escribir 12,410, igual á un 22,87. Solo saben leer 2,940 igual á un 5,41. Carecen de instrucción 38,906, que corresponde á un 71,72.

La ciudad tiene 43 Escuelas que cuestan al Municipio 76,618 pesos 80 cents. oro, anualmente: cantidad que viene á corresponder á 38 centavos por habitante y una Escuela para cada grupo compuesto de 4,662 personas.

Los datos que anteceden me han sido facilitados por el Sr. D. Cornelio C. Coppinger, distinguido hombre público, que dirige actualmente con inteligencia esquisita la casa de Beneficencia y Maternidad.

Durante el año de 1889 fallecieron 5,923 individuos, cifra que se descompone dél modo siguiente: 4,021 blancos, 993 negros, 598 mestizos y 311 asiáticos. La mortalidad diaria fué de 16,2 que viene á corresponder á 29,6 por cada 1.000 habitantes anualmente. En 1888 la mortalidad diaria fué de 18 con una fracción y el término medio de mortalidad anual fué de 32,9 por cada 1.000 habitantes. En el mismo año ocurrieron 6,605 defunciones, la diferencia á favor de 89 llega á 672, verdad es, que ese año la cifra citada, casi por entero, la produjo la última epidemia de viruelas, ya en su período decreciente, que elevó el número de sus víctimas en ese tiempo á 550.

Por meses, la mortalidad mayor correspondió al mes de Julio, que con Agosto, Junio, Marzo, Septiembre y Mayo pasó de 500: Julio 568, Mayo 504. El mínumun lo adquirió Febrero acusando 411. Por los cuadros adjuntos podrá apreciarse como la mortalidad disminuye en el invierno, aumentando en el verano.

Si se compara la mortalidad de 89 con la del 87 se nota una diferencia á favor del primero que llega á 2,437 (en 1887 fallecieron 8,360) no debe olvidarse que en aquel año (1887) la epidemia de viruela ocasionó 1654 defunciones y en general es de notarse que cuando una población es minada por una epidemia la mortalidad, en general con relación á otras enfermedades, aumenta.

Siguiendo el órden establecido en el cuadro de mortalidad por enfermedades debo exponer: con relación á la viruela, que durante el año de 89 puede decirse en cierto modo, que no ha existido entre nosotros; 7 casos desgraciados se han presentado, todos importados. 6 blancos y

un negro, este último vino de Güines ya con la erupción, los otros, en su mayor parte de los llamados turcos, recientemente desembarcados vivían aglomerados en unas especies de barracas en las cercanías del puente de Chavez y es extraño que nuevamente la epidemia no se haya propagado, el público, á la par que ciertas Corporaciones continúan entregados á su habitual indolencia, los centros de vacuna abandonados, la higiene por los suelos á pesar de los esfuerzos laudables de alguna autoridad que lucha, casi sin resultado, contra el espíritu muslímico, que desgraciadamente nos agobia.

Las fiebres eruptivas en general, apenas si ocasionan alguna que otra víctima, el sarampion, la escarlatina, revelan padecimientos con rareza, de consecuencias fatales en la Habana.

La fiebre tifoidea, una de las enfermedades zimóticas, que todavía reina en esta ciudad, aunque no con carácter epidémico, ha dado un contingente que asciende á 178, (115 blancos, 63 negros) enfermedad de los meses de verano, el máximum tuvo lugar en Junio, Julio y Agosto, el mínimum en Octubre, 4 solamente. En el año 1887 ocurrieron en la Habana 176 fallecimientos, igualmente de tifoidea. En el año 1888,152. La mortalidad en 1889 correspondió á 89 por cada 100,000 habitantes al año. En París el año 87 fué de 66 por cada 100,000, en Bruselas de 15,7, en Londres y en Berlin de 15.

La fiebre amarilla ha dado lugar á 345 defunciones (225 pertenecen á la población civil, 118 á la clase militar). En el año de 1888 ocurrieron 212, civil—293, militar.—En 1887, 283, civil, 285, militar. Llegado aquí, no puedo menos, Señores del Congreso, que hacer una pequeña pausa. Se habrá notado la visible disminución que aparece en el año de 89 respecto á la fiebre amarilla y el elemento militar, con relación á los dos años anteriores. Es honra para mí hacer constar como el año de 88 publiqué algunos artículos en *El País* estendiéndome en consideraciones dedicadas á examinar la mortalidad en el Ejército; aquellos artículos despertaron el espíritu dormido de la prensa regional que emprendió una verdadera campaña en pró de la idea que se iniciaba y merced tal vez á aquella campaña, la importación de soldados en los meses de verano, lo que podrá verse en los cuadros relativos al movimiento de pasajeros en el puerto de la Habana, durante el año de 89, ha sido suprimida,—como resultado feliz, la mortalidad de la fiebre amarilla en el Ejército de esta Capital, ha disminuido mucho, con exceso, más del 100 por. 100.

Se observará que en el cuadro relativo á edades, blancos, abundan extraordinariamente los individuos de 20 á 30 años, de ellos peninsulares en su mayor parte víctimas de la fiebre amarilla, jóvenes que con su vida pagan el abandono en que se vive aquí, nadie ignora que la fiebre amarilla es una enfermedad con seguridad microbiana, que mer-

ced á una buena higiene ya podría haber desaparecido; no tengo para que citar en apoyo de esto, entre otros, el ejemplo de la ciudad de Menphis en los Estados Unidos, ciudad que fué asolada no ha mucho tiempo y durante años seguidos por la fiebre de que me ocupo y gracias al genio emprendedor, práctico, de nuestros vecinos del Norte—de los cuales tanto tenemos que aprender—gracias á un saneamiento general de la población llevado á efecto con pasmosa rapidez, de un año á otro, la fiebre, que había destruido más del tercio del total de sus habitantes, cesó por completo, esta vez, ciertamente para no volver.

La clase de fiebres perniciosas ha elevado á 149 el número de sus víctimas (107 blancos 42 negros) el máximum tuvo lugar en el mes de Agosto, enfermedad del verano que viene á coincidir por lo general con la época de las aguas, el mínimum tiene lugar en los meses de invierno. Creo oportuno hacer constar que todavía hoy se abusa mucho de la «perniciosidad,» palabra que con frecuencia no es empleada de otro modo, que para ocultar nuestra relativa ignorancia, disimulada más ó menos. En el año de 88 murieron 144, en el de 87, época de la viruela, 202.

Varias clases de fiebres pueden colocarse junto á la biliosa, nombre casi genérico y entre aquellas ha de contarse la inflamatoria y aún la que la nomenclatura americana llama tifo-malaria. En puridad de verdad debo decir que en el transcurso de mi vida profesional, que es ya larga—llevando más de 15 años de médico de Hospital—no he tenido oportunidad de encontrar un solo caso de las fiebres aludidas, si tal ha sucedido, no lo recuerdo, á pesar de todo, de ningún modo puedo pretender negarlas en absoluto. La estadística acusa 35 defunciones de fiebre biliosa durante el año de 89, (25 blancos y 10 negros), 40 en el año de 88 (32 blancos, 8 negros), 39 en el año de 87 (28 blancos y 11 negros).

Irregular en su aparición, ofreció 10 en Mayo, 7 en Septiembre, 4 en Febrero, 3 en Enero, Abril y Octubre, 2 en Julio y Agosto, 1 en Junio, nada en Marzo, Noviembre y Diciembre.

La infección purulenta acusa 39 (34 blancos y 5 negros) variable en su modo de presentarse, adquiere su máximum en Marzo, Mayo y Julio. En el año 88, sus fallecidos, llegaron á 31 (23 blancos y 8 negros), en 87 á 42 (28 y 14 respectivamente). Es sensible que en los certificados de defunción no se haga constar de un modo más detallado el orígen de esa infección, como complicación á tal ó cual enfermedad.

La caquexia paludea eleva su contingente, que no debe pasar desapercibido, á 44 (32 blancos y 12 negros), lo mismo que la fiebre perniciosa debía predominar en la época de las aguas, el máximum ocurrió en Julio, 11; 6 en Junio, fluctuando en los otros meses entre las cifras de

1, 2 y 3. En 1888 su mortalidad fué algo menor llegando únicamente á 21 (15 blancos, 6 negros). En 87 á 28 (21 y 7 respectivamente).

El croup y la difteria cuya mortalidad fluctua mensualmente entre 8 y 10 llega en todo el año á 103 (81 blancos, 22 negros). El año de 88 la mortalidad fué algo mas elevada, 128. El máximum en Septiembre, con 17 el mínimum en Julio con 1; enfermedad irregular en su modo de producirse, carece de época fija en su desarrollo y propagación. Hace mucho tiempo no se tiene aquí noticia que se haya presentado tomando una forma epidémica como sucede en otras capitales de Europa, en París por ejemplo, que en el año de 88 ocurrieron, de difteria, 1,953 casos desgraciados; en Londres, ciudad de mayor número de habitantes que París el mismo año tuvo de igual enfermedad, 1.301 fallecidos.

La hidrofobia dió 3 muertos (2 blancos y 1 negro). El año de 88, 4, en el de 87,2.

El muermo y el farcino, nuestro enemigo común, enfermedad que desde luego hubiese ya desaparecido á observarse con perfección los principios de una higiene salvadora ha causado 20 víctimas, una de las últimas ha sido el benemérito D. Pedro Fernández Díaz que murió cumpliendo el generoso deber que se había impuesto; formaba parte de la Comisión organizada para extinguir el muermo y en pago de su ilimitada abnegación, la suerte, adversa, no le concedió otra recompensa que la muerte. En tanto que no se tome una medida de extraordinaria energía contra individuos sin conciencia que por un egoismo criminal del más alto grado, llevan en torno de ellos—y perdónese la hiperbole—la muerte, dando así lugar á la desesperación de las familias; el muermo, esa enfermedad infecciosa que en todo país civilizado apenas si se le conoce de nombre, habrá de continuar ciertamente ocasionando nuevas víctimas en esta Ciudad, donde por incuria punible yacen hasta ahora abandonadas de un modo deplorable, las reglas más esenciales de una policía sanitaria. Miserables que carecen del sentimiento de la justicia y de la equidad, que por el vil interés aumentando con algunos centavos mas, sus arcas ya repletas de valores—tal vez mal adquiridos—sacrifican así de modo, tan indigno, la vida de sus semejantes! En el año de 88 fallecieron de muermo 11 personas, todas blancas. En el de 87, 12 [10 blancos y 2 negros]. Se ve pues, que la mortalidad va en aumento. En Londres población de más de 4.000,000 de habitantes solamente un individuo murió de muermo; en París durante el mismo año, ninguno.

Vamos á pasar á las afecciones tuberculosas cuyo número se eleva á 1.183, la pulmonar y á 199 otras tuberculosis. De los 1.183, 882

blancos y 301 negros, esa cifra es algo mas que la quinta parte del total de los fallecidos. En 88 poco más ó menos fallecieron los mismos, 1.235; en 87, 1.310. De un modo aproximado igual número muere así en los meses de verano, como en los de invierno. En el año de 1888 murieron tuberculosos en Londres 7,459 individuos, la mortalidad general fué de 78,848 que aproximadamente vino á dar la décima parte del total. En París el mismo año, murieron 10,134, la mortalidad total fué de 53,303 la proporción vino á corresponder al igual que en la Habana, como á la quinta parte.

Las afecciones cancerosas elevaron su número á 180, (149 blancos y 31 negros). El año de 88 á 77 y el de 87 á 181.

La hemorragia y la congestión cerebral elevan su número á 307, (177 blancos y 130 negros); no hay duda que los padecimientos orgánicos que traen como consecuencia las diversas alteraciones del cerebro son originados en su mayor parte por el abuso que se hace en este país de las bebidas alcohólicas, abuso claramente comprobado en un informe presentado hace algunos años á la Academia de Ciencias por nuestro distinguido amigo el Dr. D. Agustín W. Reyes. En el año de 88 igualmente fallecieron 307 y en el de 87, 273.

La meningitis, lo mismo que el tétanos infantil son enfermedades propias de la primera infancia, de aquella, fallecieron 193, de la segunda 343, el tétanos infantil como término general se desarrolla de un modo irregular, lo mismo en el invierno que en el verano. La meningitis es mas frecuente en verano.

El tétanos traumático, complicación justamente temida de toda lesión, por leve que esta pueda considerarse, de consecuencias casi siempre, cuando no siempre fatales,ha ocasionado 40 víctimas (26 blancos y 14 negros), tiene lugar por lo común al igual que en los meses de verano, en los de invierno. En el año de 88, fallecieron 48 y en 87, 73. En París el año de 88 murieron de tétanos 31 personas, como se ve, aún el tétanos relativamente, es bastante frecuente entre nosotros.

Las afecciones del corazón y de la aorta arrojan 531 fallecidos, la onceava parte del total; al igual que en las afecciones del cerebro en éstas, el alcohol toma una gran importancia, así, no es extraño alcancen esa proporción; el año de 88 ocurrieron 488 y en el de 87, 503.

De bronquitis y pneumonía han fallecido 283 personas, las estaciones no influyen nada en el curso de estas afecciones del aparato respiratorio, por término medio ocurren de 20 á 22 defunciones por mes.

Entre otras afecciones de la primera infancia se cuentan la atrepsia y la enteritis coleriforme, estas ofrecen 358 fallecidos, el máximum de ellas corresponde á los meses de Abril, Mayo y Junio. En el año de 88 fallecieron 295 y en el de 87, 388.

La enteritis común de todas las edades, pudiérase decir tal vez, de los paises cálidos, acusa 392, el máximum aunque no es muy grande la diferencia con los otros meses ha correspondido á Junio y Julio. En 88, 316 y en el de 87. 353; se ve que no es mucha la diferencia que pueda existir entre los tres años aludidos.

La disentería acusa 28, 19 para 88 y 29 para 87. Esta enfermedad no es tan común como vulgarmente se crée; los números indicados lo comprueban.

Las afecciones del hígado, lo mismo que las del corazón y las del cerebro originadas comunmente por el abuso del alcohol arrojan un total de 171; 198 en 88, igual cifra en 87.

Como enfermedad del aparato renal, la única que predomina en esta ciudad es la nefritis parenquimatosa que también puede ser originada por el alcohol, eleva su número á 97. 80 para 1888 y 75 para 87.

Las diversas afecciones que traen como consecuencia la muerte en el período puerperal dan un número igual á 32. En 1888, 25; 37 en 87.

La sífilis, lo mismo infantil que la que pueda presentarse en otras edades dá 17.

El alcoholismo y sus diversas manifestaciones ha producido 60 bajas entre sus afiliados, 42 eran blancos, 18 negros. En 1888, 63, y en 1887, 87.

La intoxicación tebaica trae al campo de la muerte 14, todos asiáticos, que en medio de los vapores del ópio, al fallecer, segun sus creencias, recuperan la vida en su país; 9 en 1888, 8 en 1887.

La criminalidad, triste es decirlo, arroja un contingente notable en verdad, con relación al número de habitantes de la ciudad. En el año que acaba de terminar, los suicidios se han elevado á 34, los homicidios á 25. En los primeros, 31 correspondieron á la raza blanca, 3 á la negra, de los segundos 18 y 17 respectivamente. En el año de 88 hubo 26 suicidios y 49 homicidios; en el de 87, 37 y 46 respectivamente.

Por los anteriores números parece comprobarse, á lo menos, que la criminalidad tiende á decrecer pudiendose aceptar, con razón, que la disminución en los homicidios, haya resultado como consecuencia de algunas medidas de órden público, debidas al celo y oportuna inteligencia del Sr. D. Cárlos Rodriguez Batista, Gobernador Civil de esta Provincia; entre esas medidas cuéntase la principal, tomada con relación al ñañiguismo, que trajo como final resultado la desaparición de esa secta verdaderamente salvaje, entre nosotros. El número mayor de suicidios y homicidios corresponde á los meses comprendidos entre Mayo y Septiembre, ámbos inclusives.

En los doce meses el órden de la mortalidad ha sido el siguiente: Julio 568, Agosto 549, Junio 538, Marzo 514, Septiembre 506, Mayo 504. Enero 497, Abril 493, Noviembre 455, Diciembre 445, Octubre

443 y Febrero 411. En vista de esto se apreciará como la mortalidad en esta ciudad adquirió su máximum durante los meses de Julio y Agosto, correspondiendo el mínimum á Febrero, y si se esceptúa la mortalidad producida por la viruela, lo mismo aconteció durante el año de 88.

La ciudad de la Habana carece en absoluto de las condiciones higiénicas que traen con ellos el progreso y la civilización y si no fuese por la situación topográfica de la Isla, que permite que el aire puro de su extensa superficie marítima en virtud de la estrechez de la Isla, que baña su suelo constantemente y en todas direcciones, seguramente la mortalidad en esta ciudad, lo mismo que la de la Antilla en general, habría de igualar la excesiva de Alejandría y del Cairo.

El aseo y la limpieza de las habitaciones, lo mismo que el de toda población en general, es uno de aquellos problemas de importancia capital que la ciencia contemporánea persigue con más ardor, con éxito por lo general. La salubridad de una población depende, esencialmente de las cualidades de las aguas que bebe y de la rapidez con la cual se desembaraza de sus inmundicias; la mortalidad está en relación directa con el modo como se llevan á efecto los citados particulares. En la última Exposición de París, Bertillón envió una colección gráfica de cartones representando el movimiento de la población, la mortalidad y la marcha de sus epidemias. Durand-Claye presentó iguales trazados bajo el punto de vista de la fiebre tifoidea y de las causas que pueden influir en su desarrollo, probando lo mismo que Bertillón en términos claros y evidentes que la cifra de fallecidos de esa enfermedad está en relación directa con la cualidad del agua que se bebe y con el estado de las cloacas.

La seguridad con que la higiene procede en cuestiones de limpieza y aseo hoy es por demás perfectamente reconocida por todo el mundo. Las ciudades, comprendiendo sus sagrados deberes se imponen sacrificios considerables para perfeccionar sus conductos de agua y transformar sus canalizaciones de desagüe.

Los descubrimientos más recientes del mundo microscópico han demostrado con evidencia estraordinaria que el agua es el vehículo mas poderoso de los microbios que originan las enfermedades endémicas ó epidémicas y que la estagnación en las cercanías de lugares habitados, de inmundicias de todas clases, constituyen focos permanentes de infección de donde infaliblemente no se produce otra cosa que la enfermedad y la muerte.

También por descubrimientos recientes, ya comprobados, se ha llegado á evidenciar que es sobre todo, por las deyecciones de los enfer-

mos que se esparcen y propagan los gérmenes microscópicos de los padecimientos infecciosos y epidémicos, y no hay un solo higienista que no esté convencido que la acumulación en la proximidad de las habitaciones de cantidades de materias fecales en fermentación, constituye un grandísimo peligro para la salubridad del indivíduo, por más repugnante que pueda ser considerado este asunto se hace necesario abordarle, es el particular que más directamente y en el más alto grado interesa á la salud pública. En la Habana á pesar de la vigilancia—que no se tiene—las fosas destinadas á escusados están muy léjos de encontrarse convenientemente preparadas para el objeto que se las dedica, expresamente, con toda idea, se construyen mal, dejando grietas ó hendiduras para producir filtraciones, escapándose así una parte de los líquidos que reciben infectando de este modo el suelo y las cercanías de la casa; esas materias que como se ha dicho fermentan, llevan en ellas gérmenes para abundante clase de enfermedades; no se necesita pertenecer á categoría de hombres científicos para comprobar prácticamente lo manifestado hasta aquí; cansado está el vecindario de la Habana de oler con sus narices y perdónese el pleonasmo, las emanaciones pútridas que se exhalan por estas calles al removerlas para efectuar cualquier trabajo de composición, lo que es común, que vaya á hacerse. La avaricia sórdida del propietario, con objeto de economizar lo que tuviera que gastar en la limpieza de las letrinas, es lo que da lugar en parte á las filtraciones fecaloideas del suelo donde descansa esta ciudad y los llamados pozos absorventes, comunes en algunas casas, no constituyen otra cosa que conductos tolerados para propagación de enfermedades. Hace algunos años que con motivo de una visita de higiene efectuada minuciosamente en la barriada de Peñalver se pudo comprobar lo siguiente: el barrio de Peñalver posee una superficie aproximada de 101,750 metros cuadrados, sobre esa superficie se levantan 710 casas, el estado de sus escusados era como sigue: 171 limpios, 539 sucios y llenos, en 3 nada más había inodoros, otras tres no tenían escusados, por último en una casa había una bomba para desocupar aquel lugar durante los dias de lluvia. Por medio de una pequeña operación de aritmética, cuyos detalles se encuentran en nuestro trabajo sobre la Fiebre Tifoidea en la Habana, se llegó á obtener la siguiente conclusión; que para quince metros y setenta y tres centímetros cuadrados de superficie existía un metro cúbico de productos excrementicios. La población de la Habana entre sus excreciones humanas deja escapar al dia 25,256 kilógramos, 1.804 materia sólida, 23,452 materia líquida, escúsese el naturalismo de la frase pero se hace necesario ante la incuria en que vivimos hacer patente, por hechos gráficos que salten á los ojos, todo lo que nos falta, las necesidades del momento. Y téngase presente, ya que de este particular nos

ocupamos, que cuando la Compañía del Acueducto estienda sus nuevas cañerías en virtud de la escavación de ese terreno en las circunstancias que llevamos ya indicadas, no tendría nada de particular que apareciese una nueva epidemia, tal vez de fiebre tifoidea.

Mucho tiempo antes que los conocimientos de las leyes de la higiene hubiesen llegado á constituir una ciencia. aún más, puede decirse, desde que se llevó á efecto la primera aglomeración de séres humanos la necesidad se impuso á los habitantes del poblado que nacía, de asegurar en todo tiempo el aprovisionamiento suficiente de agua pura, del mismo modo, no era ménos imperiosa la obligación que se esperimentaba de librar, primero la habitación, las calles después, de las inmundicias y resíduos diversos, consecuencia forzada de la vida en toda comunidad de habitantes.

Esta ciudad necesita un sistema de cloacas, las actuales deficientes, mal construidas, sin declive, casi al nivel del mar, en corto número, son más bien que conductos, depósitos perennes de focos patógenos de toda clase de infección.

Algo más que también nos falta, que tenemos á la vista, casi á nuestras manos cual nuevo suplicio de Tántalo, es el agua, buena y en cantidad. Las de Vento perfectamente estudiadas en estos dias y comprobada toda su bondad por el Dr. Zamora en informe leido á la Academia de Medicina, desde hace algunos años hállanse á las puertas de la ciudad. Los notabilísimos trabajos del ilustre D. Francisco de Albear cuya memoria honrarán siempre sus compatriotas los cubanos, han descansado durante largo período de tiempo envueltos en un olvido punible, hijo del desquiciamiento social que nos corroe. Si alguna vez las aguas de ese canal que ha consumido capitales en cantidad, llegan á surtir las cañerías de la población, seguramente habrá de ser un día de regocijo para sus habitantes. la Diosa Higea recibirá la enhorabuena.

Haciendo una comparación con algunas de las principales poblaciones de Europa y América se ve, que Londres, la capital más populosa del Universo, contando más de 4.000,000 de habitantes, el promedio de mortalidad anual es de 18.5 por cada 1.000 habitantes, y en las siguientes ciudades es como se indica.

				Población.
En Berlín	20.3	por cada 1000	habitantes	1.414,980
» Bruxelles	21.1	»	»	181,270
» París	22.6	»	»	2.260,945
» S. Petersburgo	24.6	»	»	988.000
» Roma	25.2	»	»	382.973

				Población
En Manchester......	26.1	por cada 1000 habitantes		378.164
» New-York.........	26.3	»	»	1.493.000
» Nueva Orleans...	28.0	»	»	248.000
» Buenos Aires.....	28.2	»	»	248.000
» Lisboa	28.7	»	»	242.000
» Habana...........	29.6	»	»	200.448
» Madrid............	33.0	»	»	480.000
» Alejandría........	44.8	»	»	181.703
» El Cairo..........	54.3	»	»	353.188

Natalidad.—A 4,323 llega el número de nacimientos inscritos en el Registro Civil—en esta cifra se excluyen los nacidos muertos, que ascienden á 180:—el mayor número de nacimientos correspondió al mes de Octubre con 401 y en proporción descendente siguen: Enero con 392, Mayo 388, Noviembre 387, Septiembre 375, Julio 371, Abril 365, Diciembre 355, Febrero 353, Marzo 324, Junio 315 y Agosto 307.

Los varones han sido 2.218, las hembras 2.105, restadas estas partidas hay una diferencia de 113 á favor del sexo masculino. Los legítimos en general han sido 2.536, los ilegítimos 1.787, diferencia á favor de los primeros, 747. Blancos 3.334, negros 989, de los cuales hay 613 mestizos. De los 989 negros ascienden los ilegítimos á 888, quedando reducidos los legítimos á 101. En los blancos tenemos, 2.435 legítimos y 899 ilegítimos. Haciendo una comparación general entre los indivíduos del sexo femenino y los nacimientos tenemos, que en la raza blanca, á cada grupo de 17'5 de mujeres, corresponde un nacimiento, y en los indivíduos de color, por cada grupo de 30,4, igualmente un nacimiento. Este dato así apreciado carece de importancia, para estimar la natalidad de un pueblo, y la tendría si en el último censo se hubiera procurado indicar la edad de las mujeres; desde luego hay que separar todas aquellas que carecen de la edad necesaria para la procreación. que no es otra que el período comprendido entre 15 y 50 años.

Se dice que un país tiene una natalidad máxima cuando produce 150 nacimientos anuales por cada 1.000 mujeres en edad de procrear, esto se nota en los paises Slavos y en todos los Alemanes. La natalidad media es de 130 al año como por ejemplo en Inglaterra, Bélgica, España. La natalidad es mínima ó débil cuando llega á 120 ó á una cifra menor, como en Suecia, Grecia y Suiza; la Francia es el país de toda Europa que ofrece menor natalidad.

Si se hace una proporción entre los nacimientos y los fallecidos en general se ve que hay una diferencia en contra de la población que lle-

ga á 1.600, pero si se examinan esas partidas dentro del elemento cubano podrá apreciarse que á favor de la natalidad del país existe una cifra que se eleva á 515.

En cuanto al lugar de su nacimiento la clasificación ha sido la siguiente: 3,808 indivíduos nacidos en la Isla de Cuba 1.485, en España é Islas adyacentes, 214 en Africa, 416 en otros países.

Par estado civil tenemos, 705 varones, 588 hembras, blancos y 264 varones, 253 hembras negros, menores de 17 años, en consecuencia solteros, puesto que hasta esa edad por lo general no contraen matrimonio que hacen un total de 1.810.

Entre los varones blancos ya en disposición de contraer matrimonio aparecen 1.522 solteros, 482 casados y 147 viudos. que hacen un total de 2.151.

Las hembras blancas dan 338 solteras, 279 casadas y 270 viudas, que hacen un total de 887.

Los negros varones dan 417 solteros, 18 casados y 8 viudos, total 443.

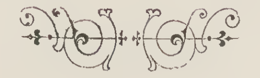
Por último las hembras negras 563 solteras, 30 casadas y 41 viudas, total 634. En este cuadro los asiáticos están mezclados con los blancos, los mestizos con los negros.

Pasando á examinar el cuadro correspondiente á la edad, se vé que en el primer año de la vida viene á morir un poco más del quinto del total. Ese primer año de la vida en todas partes es el más peligroso para la existencia de aquel que acaba de llegar al mundo. En órden de frecuencia siguen los indivíduos de 20 á 30 años. Si en el censo llevado á efecto últimamente hubiese sido consignada la edad como asunto de importancia señalada, se hubiese tenido un punto de comparación entre las edades respectivas de los vivos y de los que mueren. La edad de 20 á 30 años pertenece á indivíduos que son los que sostienen en su mayor parte la inmigración, da un total de 859. Después van los de 40 á 50, 768 y sucesivamente de 30 á 40, 697, de 50 á 60, 636, de 60 á 70, 510, de 10 á 20, 301, de 5 á 10, 285, de 70 á 80, 278, de 80 á 90, 153, de 90 á 100, 45, y por último de más de 100, 7 negros.

Con motivo de establecer de un modo bastante exacto el promedio de la duración de la vida en esta ciudad y en el año de 1889, con una escrupulosidad casi matemática se ha llegado al siguiente resultado: el promedio de la vida en el varon blanco cubano, tomándolo desde el dia de su nacimiento, es de 21 años y 4 décimos de año. las probabilidades de vida van aumentando á medida que pasa el tiempo, á los 10 años puede llegar á 42,3, después el aumento va siendo más gradual á los 20 puede llegar á 44.7, á los 30 á 48.2 á los 40 á 55.2, á los 50 á 65.7 á los 60 á 72.2, á los 70 á 77.9, á los 80 á 83.6. á los 90 á 92.6.

Cito únicamente esta primera série, tanto número seguido sería ya en estremo cansado y en el cuadro que se acompaña podrá examinarse con la atención requerida todo lo relativo á ese particular; baste saber que han sido divididos en blancos y éstos á su vez en nacidos en Cuba, varones y hembras, en España, varones y hembras—otros paises varones y hembras—una clase aparte forman los asiáticos, después los mestizos, varones y hembras, por último los negros de Cuba y de Africa también varones y hembras.

Aquí da término señores, este trabajo, árido de por sí, quizás cansado, y ya al final débese hacer constar que la vida de cada indivíduo tiene un valor determinado; hacerla durar, conservarla tan incólume como sea posible, hasta el límite que no es dado traspasar; he aquí lo que la humanidad exige, tal es el sagrado deber de toda culta sociedad, tal nuestra obligación.—He dicho.



CONSIDERACIONES DEMOGRAFICAS RELATIVAS A LA CIUDAD DE LA HABANA, AÑO DE 1889.

ENFERMEDADES.	Enero.		Febrero.		Marzo.		Abril.		Mayo.		Junio.		Julio.		Agosto.		Stbre.		Octubre.		Nvbre.		Dbre.		Total.		Total general.
	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	
Viruelas	....	....	1	....	....	....	....	....	....	1	2	....	2	....	1	....	....	....	....	....	....	....	....	....	6	1	7
Fiebre tifoidea	10	6	4	3	4	5	13	5	9	6	20	10	14	6	14	5	9	8	3	1	9	3	6	5	115	63	178
Idem amarilla	19	....	4	....	7	....	7	....	17	....	43	....	57	....	76	....	43	....	29	....	29	....	14	....	345	....	345
Idem perniciosa	8	1	3	3	8	3	5	3	10	2	12	5	12	6	20	8	9	1	11	4	7	4	2	3	107	42	149
Idem biliosa	1	2	2	2	....	....	1	2	9	1	1	....	1	1	2	....	5	1	3	....	....	....	....	....	25	10	35
Infección purulenta	....	....	2	....	6	....	3	1	5	1	2	....	5	1	2	1	3	....	3	....	2	....	1	1	34	5	39
Caquexia palúdea	2	1	1	2	3	....	3	1	1	1	3	3	9	2	3	....	2	1	2	....	1	....	2	1	32	12	44
Croup y Difteria	10	....	4	2	9	1	6	2	4	2	6	3	1	....	3	2	15	2	6	3	7	4	10	2	81	22	103
Hidrofobia	....	....	....	....	1	....	....	1	....	....	....	....	....	....	....	....	1	....	....	....	....	....	....	....	2	1	3
Muermo y Farcino	1	1	2	....	3	....	1	....	3	....	2	....	....	....	1	....	2	....	1	....	2	....	1	....	19	1	20
Tuberculosis pulmonar	93	18	73	19	90	26	72	34	69	21	75	22	74	32	68	28	71	26	65	24	71	26	61	25	382	801	1183
Otras tuberculosis	7	5	11	5	20	7	16	3	15	2	13	3	16	4	9	2	10	4	12	2	9	1	8	5	156	43	199
Cáncer	9	3	9	....	15	2	11	6	13	3	15	1	11	1	13	5	10	2	13	3	15	4	15	1	149	31	180
Congestión y h. cerebral	18	18	15	5	10	13	11	11	13	19	11	7	21	8	14	13	19	8	17	11	12	9	16	8	177	130	307
Meningitis	5	2	10	1	12	2	9	2	14	6	17	6	25	5	14	4	18	5	5	5	11	4	8	3	148	45	193
Otras af. del sistema nervioso	5	4	5	3	12	3	12	8	2	1	9	3	6	2	4	2	7	1	4	....	7	1	5	1	78	29	107
Tétanos infantil	23	12	17	5	15	10	9	12	14	5	8	6	22	11	26	8	21	15	22	8	23	8	28	15	228	115	343
Idem traumático	5	....	3	3	2	....	2	2	4	2	2	2	....	1	3	1	....	1	2	....	2	....	1	2	26	14	40
Af. del corazón y aorta	20	20	30	16	31	19	31	18	25	18	23	16	17	18	32	19	37	15	26	19	28	16	23	14	323	208	531
Neumonía y Bronquitis	22	6	10	10	14	9	22	4	16	8	12	7	17	4	17	7	17	9	16	8	11	6	18	8	197	86	283
Otras af. del aparato respiratorio	....	....	....	....	3	1	....	....	2	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	....	2	2	3	2	10	5	15
Atrepsia y enteritis coleriforme	15	11	30	7	34	9	36	11	41	9	36	6	21	8	18	5	10	1	12	2	14	5	12	5	279	79	358
Enteritis	24	4	20	4	28	8	27	10	26	7	32	9	41	11	19	9	18	7	23	7	18	9	23	8	299	93	392
Afecciones del hígado	11	5	9	5	10	3	8	2	15	6	12	3	10	2	12	6	6	....	8	1	11	1	11	4	123	38	161
Disentería	3	....	....	....	3	1	....	....	2	....	1	3	1	....	1	....	2	....	2	1	1	2	4	1	20	8	28
Otras af. del aptº gastro int.	1	1	2	....	3	2	1	1	1	1	1	1	5	1	....	1	6	1	....	1	2	1	5	2	27	13	40
Nefritis parenquimatosa	3	....	6	4	2	4	6	5	2	3	6	2	6	3	7	2	3	1	3	2	4	2	3	....	51	28	79
Acc. puerperales	2	....	1	1	1	....	1	....	2	....	1	....	1	2	1	2	4	1	1	1	5	1	4	....	24	8	32
Sífilis	2	....	1	....	1	....	....	....	....	1	1	2	2	....	1	1	....	1	1	....	1	....	1	1	11	6	17
Alcoholismo	4	3	4	1	1	3	2	....	3	2	3	4	3	2	4	....	5	....	5	2	5	....	3	1	42	18	60
Intoxicación tebáica	....	....	....	....	1	....	....	....	....	....	....	....	3	....	....	....	3	....	1	....	2	....	4	....	14	....	14
Suicidios	3	....	1	....	3	....	3	....	3	....	1	1	6	....	5	1	2	1	1	....	1	....	2	....	31	3	34
Homicidios	3	....	2	....	1	....	1	1	1	1	2	1	1	1	....	2	4	....	....	....	1	1	2	....	18	7	25
Diversos accidentes	5	3	1	3	3	4	3	4	6	2	5	4	5	2	1	1	3	2	3	1	5	1	3	2	43	29	72
Otras enfermedades	18	9	15	9	18	5	13	6	12	12	24	7	15	4	19	10	19	8	27	10	21	5	15	11	210	97	307
TOTAL	362	135	298	113	374	140	338	155	361	143	401	137	430	138	404	145	384	122	327	116	339	116	314	131	4332	1591	5923

Mortalidad con relación á la edad.

EDADES.—1889.	Enero.		Febro.		Marzo.		Abril.		Mayo.		Junio.		Julio.		Agosto.		Sptbre.		Octbre.		Nvbre.		Dcbre.		Total.		Total general.
	B	N	B	N	B	N	B	N	B	N	B	N	B	N	B	N	B	N	B	N	B	N	B	N	B	N	
Hasta 1 año	69	32	71	32	108	32	68	37	87	34	77	37	94	36	81	29	64	29	25	25	57	26	64	32	896	381	1277
De 1 á 5 años	13	3	4	...	7	2	17	3	14	8	30	8	25	5	23	11	32	11	19	8	14	5	13	10	211	74	285
De 5 á 10 »	4	...	...	...	1	1	12	2	11	1	11	3	7	5	10	5	5	4	7	1	7	1	7	2	82	25	107
De 10 á 20 »	16	3	13	5	19	10	13	11	15	4	16	8	25	6	28	7	29	2	20	4	17	9	15	6	226	75	301
De 20 á 30 »	54	14	44	16	35	11	41	19	57	18	71	12	77	14	89	13	70	18	51	16	56	8	40	15	685	174	859
De 30 á 40 »	54	19	29	15	38	15	36	17	47	15	53	11	49	22	44	15	45	10	53	7	45	12	37	9	530	167	697
De 40 á 50 »	56	11	42	9	58	13	49	10	46	19	49	12	58	12	48	17	51	13	47	17	50	13	54	14	608	160	768
De 50 á 60 »	44	13	41	10	54	19	43	18	40	13	38	16	41	12	36	11	42	8	31	6	40	11	38	11	488	148	636
De 60 á 70 »	31	12	38	9	26	13	33	14	21	14	40	15	24	11	23	20	34	10	20	13	32	19	27	11	349	161	510
De 70 á 80 »	15	12	10	6	16	14	16	15	20	12	9	4	22	7	15	9	5	6	14	11	12	7	11	10	165	113	278
De 80 á 90 »	5	9	4	6	12	6	10	7	2	5	7	8	7	8	2	4	6	9	8	5	6	2	7	8	76	77	153
De 90 á 100 »	1	5	2	5	...	4	...	...	1	...	...	3	1	...	4	3	1	2	2	3	3	1	1	3	16	29	45
Más de 100 »	...	2	...	...	...	...	...	2	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	2	...	...	...	7	7
TOTAL	362	135	298	113	374	140	338	155	361	143	401	137	430	138	404	145	384	122	327	116	339	116	314	131	4332	1591	5923

Defunciones por estado civil.

1889.

		Enero.	Febrero.	Marzo.	Abril.	Mayo.	Junio.	Julio.	Agosto.	Septiembre.	Octubre.	Noviembre.	Diciembre.	Total.
Varones (1)	Blancos	51	34	65	52	64	72	73	79	68	54	50	43	705
	Negros	21	18	19	25	17	28	19	28	25	18	17	29	264
Hembras (2)	Blancas	42	46	56	50	57	56	63	48	49	36	39	46	588
	Negras	15	18	18	19	26	26	32	18	22	19	19	21	253
Varones blancos	Solteros	126	102	121	107	124	138	164	134	141	121	129	115	1522
	Casados	48	31	38	32	35	49	48	57	43	29	42	30	482
	Viudos	13	12	18	8	14	13	12	11	14	6	12	13	147
Hembras blancas	Solteras	28	37	28	32	29	27	26	29	24	30	24	24	338
	Casadas	25	11	27	25	19	26	20	25	25	27	26	23	279
	Viudas	29	26	18	32	19	20	24	21	20	24	17	20	270
Varones negros	Solteros	41	27	51	37	3	33	36	45	22	28	29	32	417
	Casados	2	......	......	1	2	......	2	3	1	1	3	3	18
	Viudos	1	1	2	......	1	......	1	......	1	......	1	......	8
Hembras negras	Solteras	54	43	42	63	56	41	44	43	48	47	43	38	563
	Casadas	......	3	5	5	1	3	1	4	2	......	3	3	30
	Viudas	1	2	6	5	4	6	3	4	1	3	1	5	41
Total		497	411	514	493	504	538	568	549	506	443	455	445	5923

(1)-(2) Menores de 17 años, solteros en consecuencia, puesto que hasta esa edad no contraen por lo general matrimonio.

Defunciones. 1889.		Enero.	Febrero.	Marzo.	Abril.	Mayo.	Junio.	Julio.	Agosto.	Septiembre.	Octubre.	Noviembre.	Diciembre.	TOTAL.
RAZAS	Blancos	340	268	353	303	333	375	399	384	363	305	309	289	4021
	Negros	88	72	86	104	88	88	84	99	74	69	66	91	1009
	Mestizos	47	41	54	51	55	49	54	46	48	47	50	40	582
	Asiáticos	22	30	21	35	28	26	31	20	21	22	30	25	311
Total		497	411	514	493	504	538	568	549	506	443	455	445	5923

Defunciones. 1889.		Enero.	Febrero.	Marzo.	Abril.	Mayo.	Junio.	Julio.	Agosto.	Septiembre.	Octubre.	Noviembre.	Diciembre.	TOTAL.
Nacidos en	Cuba	310	271	335	342	345	346	351	347	329	279	273	280	3808
	España	128	91	124	82	110	149	157	155	139	114	122	114	4485
	Africa	29	15	18	22	16	14	19	17	12	19	14	19	214
	Otros países	30	34	37	47	33	29	41	30	26	31	46	32	416
Total		497	411	514	493	504	538	568	549	506	443	455	445	5923

1889.

PROMEDIO DE LA VIDA.

			De 0 años y más.	De 10 años y más.	De 20 años y más.	De 30 años y más.	De 40 años y más.	De 50 años y más.	De 60 años y más.	De 70 años y más.	De 80 años y más.	De 90 años y más.
Blancos nacidos en............	Cuba...........................	V	21.4	42.3	44.7	48.2	55.2	65.7	72.2	77.9	83.6	92.6
		H	24.5	45.0	47.9	53.6	59.6	65.6	72.5	85.7	86.8	93.0
	España..........................	V	.....	38.4	40.6	47.4	53.7	59.4	69.9	76.7	83.7	92.0
		H	......	45.7	46.3	53.5	60.3	64.3	69.8	77.1	85.2	......
	Otros países.................. ...	V	......	44.7	46.2	54.3	58.7	61.8	72.0	79.0	86.0	90.0
		H	......	49.6	51.4	56.9	62.1	69.1	69.7	76.0	84.5	......
	Asiáticos		......	......	50.0	52.2	54.6	62.9	66.6	75.4	82.0	......
	Mestizos..........................	V	17.7	35.8	38.2	46.5	57.5	64.4	67.3	81.0	89.6	90.0
		H	26.4	43.2	46.5	53.2	60.9	68.4	72.0	80 8	89.1	95.3
Negros nacidos en..............	Cuba..............................	V	29.5	43.7	47.1	51.5	57.6	65.7	71.6	73.1	87.4	96.2
		H	36.9	47.4	49.5	55.7	60.5	65.9	71.2	79.6	86.0	96.2
	Africa	V	......	......	......	68.4	68.8	70.3	73.2	74.5	90.3	93.0
		H	......	......	......	68.4	69.8	72.1	73.0	79.0	86.7	93.0

La primera columna representa el promedio de la vida, tomado el indivíduo desde el momento que nace hasta su muerte. La segunda, el tiempo total que puede vivir si llega á los diez años. La tercera, el tiempo total que puede vivir si llega á los veinte años, etc., etc. Ejemplo: en la 5ª. columna un individuo mestizo (varón) llega á los cincuenta años, puede vivir todavía catorce años y cuatro décimos de año más, esto es, 64.4.

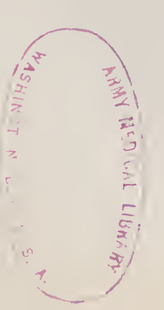
Nacimientos. 1889.		Enero.	Febrero.	Marzo.	Abril.	Mayo.	Junio.	Julio.	Agosto.	Septiembre.	Octubre.	Noviembre.	Diciembre.	TOTAL.
Varones blancos	Legítimos	124	92	85	89	110	84	99	95	119	117	128	107	1249
	Ilegítimos	40	46	37	53	51	34	46	20	35	36	38	40	476
Hembras blancas	Legítimas	103	100	102	95	87	88	107	83	100	120	113	88	1186
	Ilegítimas	43	36	36	36	40	24	31	32	32	48	30	35	423
Varones negros	Legítimos	1	1	1	....	1	1	1	2	2	1	1	1	13
	Ilegítimos	16	15	16	15	20	10	14	15	17	14	16	9	177
Hembras negras	Legítimas	2	1	1	3	1	....	2	3	2	2	....	....	17
	Ilegítimas	15	14	9	12	17	14	16	16	19	7	15	15	169
Varones mestizos	Legítimos	4	5	2	5	2	3	3	4	5	3	1	4	41
	Ilegítimos	20	23	15	28	24	24	21	21	25	22	17	22	262
Hembras mestizas	Legítimas	1	....	3	4	5	5	4	....	1	2	1	4	30
	Ilegítimas	23	20	17	25	30	28	27	16	18	29	27	30	280
Total		392	353	324	365	388	315	371	307	375	401	387	355	4323

Nacimientos.—1889.

Blancos	Varones	Legítimos	1249	1725
		Ilegítimos	476	
	Hembras	Legítimas	1186	1609
		Ilegítimas	423	
Negros	Varones	Legítimos	54	493
		Ilegítimos	439	
	Hembras	Legítimas	47	496
		Ilegítimas	449	
		Total	4323	4323

Nacidos muertos, y muertos en el parto.—1889

		Enero.	Febrero.	Marzo.	Abril.	Mayo.	Junio.	Julio.	Agosto.	Septiembre.	Octubre:	Noviembre.	Diciembre.	TOTAL.
Blancos	V	3	3	8	6	7	5	9	8	6	3	9	7	74
	H	5	6	2	....	3	2	7	2	3	8	3	3	44
Negros	V	1	9	3	3	1	1	1	1	2	....	1	1	24
	H	....	1	1	1	....	1	3	5	2	....	1	1	16
Mestizos	V	2	2	....	2	3	2	5	....	1	....	3	....	20
	H	....	....	....	....	....	....	....	....	....	2	....	....	2
		11	21	14	12	14	11	25	16	14	13	17	12	180



Proporción. 1889.	Enero.	Febro.	Marzo.	Abril.	Mayo.	Junio.	Julio.	Agosto	Sptbre.	Octubre.	Nvbre.	Dcbre.	TOTAL.
Defunciones	497	411	514	493	504	538	568	549	506	443	455	445	5923
Nacimientos	392	353	324	365	386	315	371	307	375	401	387	355	4323
Diferencia	—105	—58	—190	—128	—118	—223	—197	—242	—131	—42	—68	—90	—1600
Fallecidos cubanos	310	271	335	342	345	346	351	347	329	279	273	280	3808
Nacimientos	392	353	324	365	386	315	371	307	375	401	387	355	4323
Diferencia	+82	+82	—11	+23	+41	—31	+20	—40	+46	+122	+114	+75	+515

1889.	Enero.	Febro.	Marzo.	Abril.	Mayo.	Junio.	Julio.	Agosto.	Sptbre	Octubre.	Nvbre.	Dcbre.	Término medio.
Término medio de mortalidad por cada 1000 habitantes al año	29.82	24.66	30.84	29.58	30.24	32.28	34.08	32.90	30.36	26.58	27.30	26.70	29.61
Término medio de natalidad por cada 1000 habitantes al año	23.52	21.18	19.34	21.90	23.28	18.90	22.26	18.42	22.50	24.06	23.22	21.30	21.57
Diferencia	6.30	3.48	11.50	7.68	6.96	13.38	11.82	13.48	07.76	02.52	04.08	05.40	08.04

1889.	Enero.	Febro.	Marzo.	Abril.	Mayo.	Junio.	Julio.	Agosto.	Sptbre.	Octubre.	Nvbre.	Dcbre.	Término medio.
Mortalidad diaria	16.03	14.67	16.58	16.43	16.25	17.93	18.32	17.70	16.86	14.16	15.16	14.35	16.24
Natalidad id	12.64	12.60	10.45	12.16	12.51	10.50	11.96	9.90	12.50	12.93	12.90	11.45	11.84
Diferencia	3.39	4.07	6.13	4.27	3.74	7.43	6.36	7.80	4.36	1.23	2.26	2.90	4.40

Defunciones ocurridas en la ciudad de la Habana, durante los años de 1887, 1888 y 1890.

MESES.	1887.			1888.			1889.		
	B.	N.	Total.	B.	N.	Total.	B.	N.	Total.
Enero	342	145	487	511	255	766	362	135	497
Febrero	284	121	405	409	183	592	298	163	411
Marzo	355	178	533	391	173	564	374	140	514
Abril	373	164	537	357	110	467	338	155	493
Mayo	470	164	634	293	117	410	361	143	504
Junio	511	172	683	356	134	490	401	137	538
Julio	631	216	847	466	124	590	430	138	568
Agosto	651	276	927	481	149	630	404	145	549
Septiembre	615	232	847	363	152	515	384	122	506
Octubre	588	262	850	353	130	483	327	116	443
Noviembre	500	250	750	382	150	532	339	116	455
Diciembre	594	266	860	405	161	566	314	131	445
Total	5914	2446	8360	4767	1838	6605	4332	1591	5923

Criminalidad.

	1887. Suicidios. B	1887. Suicidios. N	1887. Homicidios. B	1887. Homicidios. N	1888. Suicidios. B	1888. Suicidios. N	1888. Homicidios. B	1888. Homicidios. N	1889. Suicidios. B	1889. Suicidios. N	1889. Homicidios B	1889. Homicidios N	Total suicidios. B	Total suicidios. N	Total suicidios.	Total homicidios. B	Total homicidios. N	Total homicidios.	TOTAL.
Enero	2	......	2	1	4	......	6	2	3	......	3	......	9	......	9	11	3	14	23
Febrero	1	......	2	......	3	......	3	3	1	......	2	......	5	......	5	7	3	10	15
Marzo	2	......	2	......	2	......	1	......	3	......	1	......	7	......	7	4	......	4	11
Abril	3	......	......	3	3	......	2	1	3	......	1	1	9	......	9	3	5	8	17
Mayo	6	......	2	1	2	......	2	......	3	......	1	1	11	......	11	5	2	7	18
Junio	5	......	6	1	3	......	3	1	1	1	2	1	9	1	10	11	3	14	24
Julio	1	1	3	1	1	......	4	2	6	......	1	1	8	1	9	8	4	12	21
Agosto	6	......	6	1	1	......	4	......	5	1	......	2	12	1	13	10	3	13	26
Septiembre	6	......	3	3	1	......	2	1	2	1	4	......	9	1	10	9	4	13	23
Octubre	1	......	......	......	2	......	4	2	1	......	......	......	4	......	4	4	2	6	10
Noviembre	......	......	3	2	2	......	2	1	1	......	1	1	3	......	3	6	4	10	13
Diciembre	3	......	4	......	2	......	3	......	2	......	2	......	7	......	7	9	......	9	16
Total	36	1	33	13	26	......	36	13	31	3	18	7	93	4	97	87	33	120	217
Total general	37		46		26		49		34		25		97		97	120		120	217

Cuadro comparativo de Fiebre Amarilla (Población Militar y Civil) y Viruelas, durante los años 1887, 88 y 89.

	Año 1887.					Año 1888.					Año 1889.				
	Fiebre amarilla.					Fiebre amarilla.					Fiebre amarilla.				
	Hospital Militar.	Población civil.	Total.	Viruelas.	Total de defunciones del año.	Hospital Militar.	Población civil.	Total.	Viruelas.	Total de defunciones del año.	Hospital Militar.	Población civil.	Total.	Viruelas.	Total de defunciones del año.
Enero	3	3	6	......	487	3	4	9	271	766	3	16	19	......	497
Febrero	3	4	7	.....	405	5	3	8	128	592	2	2	4	1	411
Marzo	4	3	7	......	533	11	3	14	47	564	2	5	7	......	514
Abril	11	11	22	......	537	21	2	23	57	467	4	3	7	......	493
Mayo	48	33	81	22	634	21	5	26	18	410	8	9	17	1	504
Junio	92	36	128	55	683	27	10	37	15	490	23	20	43	2	538
Julio	46	62	108	116	847	58	28	86	6	590	23	34	57	2	568
Agosto	28	65	93	209	927	62	52	114	3	630	30	46	76	1	549
Septiembre	21	20	41	277	847	44	22	66	3	515	10	33	43	......	506
Octubre	12	22	34	305	850	18	36	54	......	483	4	25	29	......	443
Noviembre	9	16	25	298	750	17	25	22	......	532	6	23	29	......	455
Diciembre	8	8	16	372	860	4	22	26	2	566	5	9	14	......	445
Total	285	283	568	1654	8360	93	212	505	550	6605	118	225	345	7	5923

(1) Boletín meteorológico correspondiente al año 1889.

AÑO DE 1889.	BAROMETRO.			TERMOMETRO CENTIGRADO			HUMEDAD.			Viento.-Velocidad.			VIENTO.—DIRECCION.				Lluvia en m. m.
	Máx.	Mín.	Med.	Máx.	Mín.	Med.	Máx.	Mín.	Med.	Máx.	Mín.	Med.	4 mad.	10 dia.	4 tarde.	10 noche.	
	700+	700+	700+														
Enero	67.69	56.90	61.90	28.1	14.2	22.0	97	50	80	9.0	0.0	3.0	E	NNE	NNE	E	143.8
Febrero	67.37	58.23	63.00	30.8	15.9	22.1	98	52	77	10 0	0.0	3.5	E	NNE	NNE	E	111.0
Marzo	66.23	52.61	60.31	31.6	15.5	21.9	96	44	68	8.5	0.0	3.3	E	NNE	ENE	E	126.3
Abril	63.76	56.14	60.40	31.4	17.4	24.3	96	39	69	9.0	0.5	3.2	E	N	NNE	ENE	57.9
Mayo	64.95	56.13	60.97	34.2	18.0	25.7	93	29	66	7.5	0.5	3.2	E	N	NNE	ENE	29.6
Junio	63.87	58.15	61.16	35.7	21.9	27.5	98	50	74	8.5	0.5	3.0	E	ENE	ENE	E	236.2
Julio	64.08	58.30	61.88	33.6	22.8	28.0	94	51	74	9.0	0.5	2.7	E	ENE	ENE	E	133.0
Agosto	64.80	57.74	61.61	32.8	22.1	27.2	95	56	76	9.5	0.5	3.0	E	ESE	E	E	237.6
Septiembre	62.75	51.26	59.18	33.8	23.4	27.6	95	57	77	9.0	0.5	3.0	E	ENE	NNE	E	83.9
Octubre	64.13	57.04	60.44	30.2	19.1	25.2	95	50	73	8.5	0.5	2.9	E	ENE	NNE	E	215.8
Noviembre	66.61	58.12	62.00	29.2	18.2	24.5	98	52	75	8.5	0.5	3.7	E	ESE	ENE	E	99.3
Diciembre	67.23	61.60	64.36	25.8	17.2	21.9	95	54	73	9.0	0.5	5.7	E	ENE	ENE	E	37.6
Promedio del año	67.69	51.26	62.26	35.7	14.2	24.8	98	29	73	10.0	0.0	3.3	E	ENE	NNE	E	126.0

(1) Tomado del Observatorio del Real Colegio de Belen.

Altitud del Observatorio, 19.3, metros.

Mortalidad (1) y Natalidad del año 1889, por meses y en relación con el estado meteorológico.

	Defunciones.	Por 1000 al año.	Mortalidad diaria.	Nacimientos.	Por 1000 al año.	Natalidad diaria.	Altura barométrica Média.	Termómetro centígrado.			Humedad relativa. Media.	Viento más frecuente.	Viento, velocidad media.	Lluvia en m m.
								Máx.	Mín.	Med.				
Enero	497	29.8	16.0	392	23.5	12.6	761.90	28.1	14.2	22.0	80	E.	3.0	143.8
Febrero	411	24.6	14.6	353	21.1	12.6	763.00	30.8	15.9	22.1	77	E.	3.5	111.0
Marzo	514	30.8	16.5	324	19.3	10.4	760.31	31.6	15.5	21.9	68	E.	3.3	126.3
Abril	493	29.5	16.4	365	21.9	12.1	770.40	31.4	17.4	24.3	69	N. E.	3.2	57.9
Mayo	504	30.2	16.2	388	32.2	12.5	760.97	34.2	18.0	25.7	66	N. E.	3.2	29.6
Junio	538	32.2	17.9	315	18.9	10.5	761.16	35.7	21.9	27.5	74	E.	3.0	260.2
Julio	568	34.0	18.3	371	22.2	11.9	761.88	33.6	22.8	28.0	74	E.	2.7	133.0
Agosto	549	32.9	17.7	307	18.4	9.9	761.61	32.8	22.1	27.2	76	E.	3.0	237.6
Septiembre	506	30.3	16.8	375	22.5	12.5	759.18	33.8	23.4	27.6	77	E.	3.0	83.9
Octubre	443	26.5	14.2	401	24.0	12.9	760.44	30.2	19.1	25.2	73	E.	2.9	215.8
Noviembre	455	27.2	15.1	387	23.2	12.9	762.00	29.2	18.2	24.5	75	E.	3.7	99.3
Diciembre	445	26.7	14.3	355	21.3	11.4	764.36	25.8	17.2	21.9	73	E.	5.7	37.0

(1) Nacidos muertos, excluidos.

Movimiento de pasajeros del puerto de la Habana. durante el año 1889.

	España.	Estados Unidos.	Otros países.	Total.	Tropa y marina.
Enero, 1889.					
Entrados	1746	327	157	2230	391
Salidos	370	554	88	1012	135
Diferencia	+1376	— 227	+ 69	+1318	+ 256
Febrero.					
Entrados	1102	640	240	1982	123
Salidos	409	769	143	1321	107
Diferencia	+ 693	— 128	+ 97	+ 661	+ 16
Marzo.					
Entrados	973	725	232	1930	66
Salidos	730	947	165	1842	165
Diferencia	+ 243	— 222	+ 67	+ 88	— 99
Abril.					
Entrados	728	386	410	1524	53
Salidos	1180	967	134	2281	50
Diferencia	— 452	— 581	+ 276	— 757	+ 3
Mayo.					
Entrados	745	457	263	1465	
Salidos	1217	757	414	2388	55
Diferencia	— 472	— 300	— 151	— 923	— 55
Junio.					
Entrados	504	441	306	1261	
Salidos	925	801	192	1918	42
Diferencia	— 411	— 360	+ 114	— 657	— 42
Julio.					
Entrados	843	648	130	1621	37
Salidos	937	811	217	1965	129
Diferencia	— 94	— 163	— 87	— 344	92
Agosto.					
Entrados	697	580	220	1497	44
Salidos	820	598	355	1773	221
Diferencia	— 123	— 18	— 135	— 276	— 187

Movimiento de pasajeros del puerto de la Habana, durante el año de 1889.

	España.	Estados Unidos.	Otros paises.	Total.	Tropa y marina.
Septiembre.					
Entrados	829	494	182	4505	20
Salidos	434	650	190	1274	218
Diferencia	+ 395	— 156	— 8	+ 231	— 198
Octubre.					
Entrados	2517	1478	203	4198	467
Salidos	507	563	282	1352	157
Diferencia	+2010	+ 915	— 79	+ 2846	+ 310
Noviembre.					
Entrados	4607	1559	286	6152	829
Salidas	506	344	286	1136	232
Diferencia	+ 4161	+ 1215	000	+ 5316	— 597
Diciembre.					
Entrados	3286	1177	262	4725	655
Salidos	237	490	236	963	292
Diferencia	+ 3049	+ 687	+ 26	+ 4762	+ 363

RESUMEN DEL AÑO 1889.

	España.	Estados Unidos.	Otros paises.	Total.	Tropa y marina.
Entrados	18587	8912	2891	30390	2685
Salidos	8272	8251	2702	19225	1813
Diferencia	+ 10315	+ 661	+ 189	+ 11165	+ 872

Los pasajeros de tropa y marina están incluidos en la casilla España.

Estos datos han sido tomados de la lista de pasajeros que publica el *Diario de la Marina*.

El Sr. Presidente: El Dr. Montalvo tiene la palabra para argumentar:

Dr. Montalvo: felicita al Dr. La Guardia y dice que no puede haber demografía completa sin contar con el factor étnico: hay muchas clases de blancos; tan blanco es el inglés como el canario, y, sin embargo, aquél sufre con mayor frecuencia la escarlatina y el sudor miliar; tan blanco es el recien llegado como el natural y el aclimatado, y las enfermedades que el primero puede contraer no son idénticas á la de éstos; tan negros son los Yolows como cualesquiera otros y, sin embargo, no todos sufren con tanta gallardía las heridas abdominales al dividirse el vientre con sus gris-gris. Todos los blancos aparecen agrupados y aquí los hay de distinta procedencia: naturales, españoles de distintas provincias, etc., etc.; hay que citar la procedencia porque tienen patología diversa.

Respecto á la criminalidad señaló la cifra mínima de los naturales del país. Y termina significando que, á su juicio, esos son lunares del trabajo leido y que recomienda á su autor para que los enmiende.

El Sr. Presidente: el Dr. Arango tiene la palabra.

Dr. Arango: El Dr. La Guardia no se ha referido á una enfermedad destructora, la lepra, para la que existe en la Ciudad un hospital, (San Lázaro) cuyo promedio de mortalidad anual es del 15 al 20 p$\frac{o}{o}$: Noruega, el mayor foco del mundo, tiene 20 p$\frac{o}{o}$.

El Sr. Presidente: el Dr. La Guardia tiene la palabra para replicar.

Dr. La Guardia: dice que su trabajo es incompleto, pues no habían transcurrido más que quince días del fin del año y los datos oficiales no estaban aún terminados; que le ha sido preciso un gran esfuerzo para reunir los que presentaba.

El Sr. Presidente: el Dr. Méndez tiene la palabra para leer su trabajo:

Estadística Demográfica de la Ciudad de Cárdenas, durante un período de seis años.

Por el Dr. Mendez.

La ciudad de Cárdenas está situada en la costa N. de la Isla de Cuba, en la ensenada de su nombre, á los 23° 14′ 45″ latitud N. y á los 74° 49′ 46″ longitud O. del meridiano de Cádiz.

Se asienta su mayor parte en una planicie de terrenos pantanosos (mangle) en que se mezclan las aguas llovedizas y de mar. Para la edificación de la ciudad ha sido necesario invadir el mar y terraplenar los pantanos: al través de ésta capa artificial se filtran las aguas de éstos pantanos que, siguiendo las oscilaciones de la marea, cambian constantemente de nivel.

El subsuelo, como el de toda la Isla, según Humbold, La Sagra y otros, está formado por un gran banco de calizas y rocas porosas, tan somero, que la elección de sitio para el actual Cementerio, situado á tres kilómetros de la ciudad hacia el O., costó largo tiempo de investigación, pues la profundidad de las capas vejetales no ofrecieron la estensión suficiente en profundidad para verificar debidamente las inhumaciones.

La composición de ésta capa térrea es calcárea ferruginosa, que es la más abundante en la Isla, y se encuentra mezclada en algunos lugares, pocos y pequeños, con arcilla y arenilla.

El análisis de las tierras bermejas ó coloradas demuestra una existencia de óxido de hierro, que, por lo general, varía del 16 al 23 por ciento, unido á alúmina, sílice y sales de cal hasta sumar el 80, 85 y aún 90 por ciento, quedando el resto al humus y restos animales, éstos últimos naturalmente muy variable en cantidad.

El subsuelo es la laja que los poceros taladran para el agua potable y el rio que vulgarmente se dice que corre bajo el suelo de la población es debido á las grandes cantidades de agua lluvia que deja pasar la gran roca porosa citada por los autores espuestos, debajo de la cual se hallan grandes estratificaciones de rocas volcánicas en que dominan también los compuestos calcáreos.

Las calles están situadas de N. E. á S. O. y de S. E. á N. O. Son ámplias y rectas, su afirmado de mala calidad se asemeja al sistema Mac-adam; se usa la piedra común (carbonato de cal) muy blanda, asi es que en la época de las lluvias se convierten en lodazales, y en la estación de la seca, á beneficio de los vientos, el polvo envuelve constantemente á la ciudad. Los edificios son generalmente bajos, de mala y deficiente construcción y muy poco ajustados á las exigencias del clima.

La población es de 23,405 habitantes, de los que hay 15,600 blancos, 6,945 negros, 860 chinos.

Hay 8,650 varones blancos y 6,950 hémbras blancas.

2,925 varones negros y 4,020 hémbras negras.

Los niños blancos según sus edades se dividen en:

1,240 de ámbos sexos de 1 á 5 años.

1,497 de ámbos sexos de 5 á 10 años.

1,194 de ámbos sexos de 10 á 15 años.

y de 15 años en adelante 11.669.

Los niños de color de ámbos sexos, según sus edades, son:

630 de 1 á 5 años.

743 de 5 á 10 años.

812 de 10 á 15 años.

y de 15 años en adelante 4,760.

Anualmente tienen lugar 627-2 defunciones y 676 nacimientos.

De varones blancos	293-3
Hémbras blancas	136
Varones de color	101
Hémbras de color	96-5
De niños de 0 á 1 años	145-2
» » » 1 á 5 »	53-2
» » » 5 á 10 »	107-4
» » » 10 á 20 »	28-3
» adultos 20 á 30 »	52-2
» » 30 á 40 »	65
» » 40 á 50 »	81-4
» » 50 á 60 »	74-5
» » 60 á 70 »	51-2
» » 70 á 80 »	32-2
» » 80 á 90 »	15-3
» » 90 á 100 »	4-1
á mas de 100, todos negros, hay	2-6

Como se vé, las edades de más defunción son de 0 á 1 año 145-2 y de 40 á 50 con 81-4.

Según el estado civil las defunciones se descomponen así:

Solteros blancos	146
Solteras blancas	85-5
Solteros negros	55
Solteras negras	54-1
Casados blancos	44-5
Casadas blancas	26-3
Casados negros	1-4
Casadas negras	1
Viudos blancos	16-5
Viudas blancas	20-3
Viudas negras	1-1

Corresponden 676 nacimientos á cada año por 239-5 defunciones de niños menores de 17 años.

Los nacimientos son:

232 varones blancos.	227-4 hémbras blancas.
107 varones negros.	107-3 hémbras negras.

Las defunciones entre los naturales de Cárdenas son:

181-3 para los varones y hémbras blancos.

98-1 para los varones y hémbras negros.

Las defunciones de los nacidos en la Isla de Cuba son:

65-5 blancos de ambos sexos.

48-6 negros, también de ámbos sexos.

Españoles peninsulares, blancos, 105, y en los seis años que sirven de base a ésta estadística hay un negro peninsular.

De las defunciones de naturales de varios paises hay 77

Africanos 59-3

Tomando por base de nuestra estadística un período de seis años, tenemos un total de 3,764 defunciones y 4,056 nacimientos.

Defunciones de blancos	2,577
» de negros	1,187

Que se descomponen así:

Varones blancos	1,761
Hembras blancas	816
Varones negros	606
Hembras negras	581



1884 á 1889. — ENFERMEDADES.	Enero.		Febrero.		Marzo.		Abril.		Mayo.		Junio.		TOTAL.	
	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.
Afección cardiaca	15	11	15	12	15	13	18	16	18	12	17	12	98	76
Afecciones vasculares	5	2	1	.....	1	.....	1	1	1	.....	.....	.....	9	3
Alcoholismo	1	2	1	2	.....	3	1	1	2	.....	2	.....	7	8
Anemia	1	.....	1	.....	1	.....	1	.....	2	.....	2	.....	8	.....
Atelectasia pulmonar	.....	.....	2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	.....	3	2	4
Al nacer	.....	1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	1	1	2
Bronquitis capilar	.....	3	6	.....	3	.....	4	3	7	4	3	.....	23	10
Cáncer	5	4	8	1	6	1	5	3	7	4	7	3	38	16
Congestión cerebral	3	4	5	.....	8	1	5	6	6	5	6	1	33	17
Cirrosis hepática	4	2	3	3	1	.....	.....	2	2	1	3	2	13	10
Difteria y Crup	4	.....	3	1	1	.....	1	.....	4	3	1	1	14	5
Disentería	1	.....	.....	.....	2	.....	.....	1	1	1	2	1	6	3
Diabetes sacarina	.....	1	1	.....	1	1	.....	.....	.....	.....	1	.....	3	2
Enteritis, enterocolitis y atrepsia	13	5	7	2	15	3	16	6	15	1	30	8	96	25
Enteritis de las países cálidos	4	1	10	2	3	1	9	6	5	4	13	3	44	17
Eclampsia	2	.....	.....	1	1	1	1	.....	.....	.....	2	.....	6	2
Endocarditis	.....	.....	1	.....	1	.....	.....	.....	1	.....	.....	.....	3	.....
Flebra tifoidea	5	3	3	3	1	1	6	4	5	3	5	4	25	18
» palúdea	1	.....	.....	.....	1	.....	2	1	2	1	2	2	8	4
» perniciosa	1	.....	2	1	7	2	1	1	6	1	8	1	25	6
» cerebral	.....	1	1	1	1	.....	3	.....	1	1	1	1	7	4
» remitente	1	.....	2	1	.....	1	.....	1	.....	1	1	2	4	6
» amarilla	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	.....	.....	.....	3	.....	4	.....
» biliosa	.....	.....	.....	.....	.....	.....	3	.....	1	.....	.....	.....	4	.....
» puerperal	.....	.....	.....	1	.....	.....	1	1	.....	.....	.....	.....	1	2
Hemorrágia cerebral	3	3	.....	6	3	.....	4	3	.....	1	2	2	12	15
Otras hemorrágias	.....	1	.....	1	2	.....	.....	.....	.....	1	1	1	3	4
Hepatitis	3	2	5	1	1	1	6	.....	6	.....	8	2	29	6
Hernia estrangulada	2	.....	.....	1	1	.....	1	.....	.....	.....	.....	.....	4	1
Hidrocefalia aguda	.....	1	.....	1	2	.....	.....	.....	.....	.....	4	.....	6	2
Ictero grave	1	.....	1	.....	1	.....	1	.....	.....	.....	.....	.....	4	.....
Meningitis y meningo encefalitis	3	3	6	4	5	1	8	8	7	2	16	6	45	24
Mielitis	.....	2	.....	.....	2	2	3	.....	2	1	2	2	9	7
Nefritis	3	.....	3	2	5	3	7	.....	6	2	3	1	27	8
Neumonía y bronconeumonía	7	4	5	3	8	2	6	4	7	6	9	5	42	24
Por accidentes	6	4	3	4	11	.....	6	.....	9	4	4	5	39	17
Pericarditis	1	.....	.....	1	1	.....	.....	.....	.....	.....	2	.....	4	1
Pleuresía	1	1	2	1	.....	.....	2	.....	1	.....	2	1	8	3
Peritonitis y metro-peritonitis	1	.....	2	.....	2	1	5	.....	1	.....	2	1	13	2
Raquitismo	1	2	3	.....	.....	2	1	1	.....	.....	1	1	6	6
Reblandecimiento cerebral	.....	.....	1	.....	.....	1	.....	.....	3	.....	1	.....	5	1
Septicemia	1	1	.....	1	2	.....	2	.....	.....	2	1	1	6	5
Senectud	1	2	.....	1	2	4	.....	.....	3	.....	1	4	7	11
Sarampión	1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	.....	2	.....
Tuberculosis	49	15	50	11	60	22	40	9	62	15	40	23	301	95
Tétanos infantil	15	12	15	10	12	8	13	11	11	9	26	15	92	65
» traumático	1	2	3	2	.....	1	1	1	1	.....	3	2	9	8
Tabes mesentérica	.....	.....	1	.....	2	.....	1	.....	.....	.....	3	.....	7	.....
Viruelas	6	2	.....	3	.....	1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	6	6
Varias enfermedades	14	8	8	8	7	7	20	5	17	7	9	8	75	43
	186	105	180	92	198	84	206	95	222	93	251	125	1243	594

1884 á 1889. — ENFERMEDADES.	Julio.		Agosto.		Stbre.		Otbre.		Novbre.		Dicbre.		TOTAL.	
	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.
Afección cardiaca	12	12	9	16	17	11	8	4	11	10	12	10	69	63
Afecciones vasculares	2	.....	1	1	2	.....	4	.....	2	.....	.....	1	11	2
Atelectasia pulmonar	.....	1	1	.....	.....	1	.....	.....	.....	.....	1	.....	2	2
Alcoholismo	.....	.....	1	.....	1	2	2	1	2	3	3	1	9	7
Al nacer	.....	.....	2	3	1	.....	1	1	.....	.....	2	.....	6	4
Bronquitis capilar	6	2	6	4	8	3	5	2	4	1	5	3	34	15
Cáncer	9	3	4	2	8	.....	9	.....	5	.....	10	.....	45	5
Congestión cerebral	7	4	9	.....	6	3	2	5	4	1	7	2	35	15
Cirrosis hepática	1	.....	5	3	4	2	3	2	3	2	4	1	20	10
Difteria y Crup	2	1	2	.....	.....	1	2	1	2	3	4	1	12	7
Disentería	1	.....	2	1	.....	2	.....	.....	2	1	1	.....	6	4
Enteritis, enterocolitis y atrepsia	37	21	28	8	16	5	1	.....	9	8	11	2	102	44
Enteritis de los países cálidos	7	5	9	5	3	2	3	1	9	.....	4	3	35	16
Eclampsia	.....	2	2	.....	1	.....	1	2	.....	1	2	.....	6	5
Fiebre tifoidea	9	5	13	2	12	1	2	2	4	2	2	1	42	13
» gástrica	1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	.....	.....	.....	2	.....
» amarilla	11	.....	26	.....	23	.....	4	.....	5	.....	.....	.....	69	.....
» puerperal	.....	1	.....	.....	.....	.....	1	1	1	.....	.....	.....	2	2
» perniciosa	15	1	7	3	4	5	4	1	4	3	2	4	36	17
» biliosa	.....	2	7	.....	1	.....	2	.....	.....	.....	1	.....	11	2
» palúdea	7	.....	2	3	.....	2	1	.....	1	1	.....	.....	11	6
» cerebral	2	.....	.....	1	1	.....	1	1	.....	.....	1	.....	5	2
Falta de desarrollo	.....	.....	.....	.....	2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	2	.....
Hemorragia cerebral	9	2	5	6	7	3	6	4	7	2	3	4	37	21
Otras hemorragias	1	2	1	.....	.....	.....	1	1	.....	.....	2	.....	5	3
Hepatitis	3	2	3	.....	5	.....	4	1	4	5	1	3	20	11
Infección purulenta	1	.....	.....	.....	1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	2	.....
Ictero grave	1	.....	1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	2	.....
Meningitis y meningo encefalitis	13	2	12	10	10	3	9	4	8	2	6	3	58	24
Mielitis	1	.....	3	.....	2	.....	.....	.....	2	2	.....	.....	8	2
Neumonía y bronconeumonía	3	2	11	4	3	2	3	5	3	6	3	2	26	21
Nefritis	2	2	.....	1	3	1	4	3	2	2	4	4	15	13
Peritonitis	5	4	.....	1	1	1	1	2	2	1	2	.....	11	9
Pleuresía	2	1	1	.....	1	.....	.....	.....	2	1	3	1	9	3
Por accidentes	13	4	6	4	10	8	7	2	13	1	4	5	53	24
Quiste de los ovarios	.....	.....	1	.....	1	.....	.....	.....	.....	1	.....	.....	2	1
Reblandecimiento cerebral	1	1	.....	1	3	.....	.....	.....	1	1	.....	1	5	4
Raquitismo	3	.....	.....	.....	.....	.....	2	.....	2	1	2	1	9	2
Senectud	1	3	.....	1	1	2	.....	2	.....	1	.....	4	2	13
Septicemia	2	.....	.....	1	.....	.....	.....	1	.....	.....	.....	1	2	3
Sífilis hereditaria	.....	.....	1	.....	2	.....	.....	.....	.....	.....	1	.....	4	.....
Sarampión	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	5	.....	.....	.....	5	.....
Tuberculosis	55	20	63	15	51	18	56	16	49	11	51	12	325	92
Tétanos infantil	18	7	12	7	10	14	11	14	11	12	8	6	70	60
» traumático	1	.....	3	2	.....	2	2	.....	2	1	1	1	9	6
Tabes mesenterica	4	1	1	1	.....	.....	.....	.....	1	.....	2	1	8	3
Uremia	.....	.....	.....	.....	2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	2	.....
Viruelas	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	2	1	4	2	6	3
Varías enfermedades	7	10	10	8	15	4	8	3	16	2	10	7	66	34
	275	123	271	114	238	98	170	82	201	89	179	87	1334	593

Tomando de éste grupo de enfermedades las que más defunciones han sumado y siguiendo el orden numérico é invirtiéndolo, de más á menos, tenemos, en primer lugar, la tuberculosis con 813, que son:

Niños menores de 17 años......	17 varones blancos.
» » » » »	22 hembras blancas.
» » » » »	16 varones negros.
» » » » »	28 hembras negras.
Varones blancos solteros	370
Hémbras blancas solteras	52
Varones negros solteros	52
Hémbras negras solteras	86
Varones blancos casados	57
Varones negros casados	4
Hémbras blancas casadas	63
Vorones blancos viudos	20
Hémbras blancas viudas	25
Hémbras negras viudas.........	1

Las defunciones causadas por la tuberculósis, según las edades, pueden verse en el adjunto cuadro. Señalaremos las edades en que más defunciones han ocurrido:

De 40 á 50 años..................	164 blancos. 18 negros.
De 50 á 60 años..................	134 blancos. 17 negros.



TUBERCULOSIS.—1884 A 1889.—POR EDADES.

	Enero.		Febrero.		Marzo.		Abril.		Mayo.		Junio.		Julio.		Agosto.		Sbre.		Obre.		Nbre.		Dibre.		TOTAL.	
	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.
De 0 á 1 año.																										
» 1 á 5 »	1	1	...	2	3	2	1	3	2	1	4	2	1	2	5	2	1	1	2	3	2	1	...	1	22	21
» 5 á 10 »	...	1	1	...	1	1	...	1	...	...	...	...	...	...	2	...	1	2	...	...	...	...	1	1	6	6
» 10 á 20 »	2	1	2	2	3	7	4	1	4	1	2	3	1	2	2	1	...	3	2	2	...	2	...	4	22	29
» 20 á 30 »	7	4	8	2	3	3	3	2	6	3	6	8	7	5	5	3	4	5	7	6	7	3	9	1	72	45
» 30 á 40 »	6	3	10	4	16	1	9	2	13	2	5	6	11	3	13	4	15	3	8	2	5	2	8	2	119	34
» 40 á 50 »	15	2	17	1	19	3	12	...	13	4	13	1	11	3	17	1	10	1	14	1	14	1	9	...	164	18
» 50 á 60 »	13	2	5	...	9	2	5	...	14	2	5	...	11	3	13	1	14	3	13	1	13	2	19	1	134	17
» 60 á 70 »	2	1	5	...	3	1	3	...	7	1	4	1	10	1	5	1	5	...	8	...	5	...	2	2	59	8
» 70 á 80 »	1	...	1	...	2	1	3	...	2	...	1	...	2	...	1	1	1	...	1	...	1	...	3	...	19	2
» 80 á 90 »	2	...	1	...	1	1	...	...	1	1	...	2	1	1	...	...	...	...	1	...	1	...	...	...	8	5
» 90 á 100 »	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	1	1	...	...	...	1	2
	49	15	50	11	60	22	40	9	62	15	40	23	55	20	63	15	51	18	56	16	49	11	51	12	626	187

TUBERCULOSIS.—1884 A 1889.—ESTADO CIVIL.

		Enero.		Febrero.		Marzo.		Abril.		Mayo.		Junio.		Julio.		Agosto.		Sbre.		Obre.		Nbre.		Dibre.		TOTAL.	
		B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.
Menores de 17 años	Varones	1	1	1	1	2	...	1	4	1	...	2	1	1	2	3	1	1	2	3	2	1	1	...	1	17	16
	Hémbras	2	2	1	2	3	5	1	...	1	1	3	4	...	1	5	1	1	3	1	2	3	2	1	5	22	28
Varones	Solteros	32	3	32	4	35	8	21	...	35	6	18	6	30	4	41	5	30	4	31	4	30	5	35	3	370	52
	Casados	2	...	3	...	8	...	3	...	3	1	5	1	10	1	4	...	5	...	6	...	3	...	5	1	57	4
	Viudos	1	...	2	...	...	...	5	...	2	...	3	...	2	...	...	...	1	...	1	...	1	...	1	...	20	......
Hémbras	Solteras	2	9	2	4	5	9	3	5	9	7	8	11	2	12	5	8	3	8	4	8	4	3	5	2	52	86
	Casadas	7	...	8	...	6	...	4	...	6	...	1	...	7	...	4	...	6	...	6	...	5	...	3	...	63	......
	Viudas	2	...	1	...	1	...	2	...	5	...	...	...	3	...	1	...	4	1	3	...	2	...	1	...	25	1
		49	15	50	11	60	22	40	9	62	15	40	23	55	20	63	15	51	18	56	16	49	11	51	12	626	187

Los meses de más defunciones han sido: Marzo, Agosto y Julio y los de ménos Abril y Noviembre.

La proporción de defunciones de tuberculósis entre blancos y negros es de:

Corresponde	al total de defunciones	21-6
»	al total de habitantes	3-5
»	al total de blancos	5-2
»	al total de negros	11-7
»	al total de defunciones de blancos	31-9
»	al total de defunciones de negros	68-5

al total de defunciones entre blancos........ 24-3 y
por último al total de defunciones entre negros 15-7

Las afecciones del corazón arrojan un total de 306 defunciones; 167 blancos, 139 negros. Corresponden al total de defunciones 8-5. Al total de habitantes 1-3. Al total de blancos 1-9. Al total de negros 4-4. Al total de defunciones de blancos entre sí 6-4. Al total de defunciones de negros entre sí 11-7·

El mayor número proporcional de defunciones, ocasionadas por las afecciones del corazón, corresponden á los negros. Pueden invocarse, como causas de ésta desproporción, la condición de esclavos de que áun hace relativamente pocos años acaban de salir, los trabajos violentos á que se les dedicaban, los sinsabores infinitos causados por su triste situación de entónces, la dificultad de precaverse contra el reumatismo, y, por último, sus hábitos alcohólicos.

También es grande la proporción de mortalidad entre blancos. Débese tener en cuenta el estado deprimente de todos los ánimos durante todo el tiempo de la guerra, sostenida con extraordinario ensañamiento por ámbas partes.

Que las fortunas privadas y pública han decaido grandemente, y que la crisis económica que hace tiempo nos aflije áun se mantiene. Que el reumatismo es frecuente entre nosotros, que el alcoholismo se generaliza y la sífilis se aumenta cada día.

Entre las enfermedades que más defunciones causa entre nosotros figura el tétanos infantil con 287 casos, 162 blancos, 125 negros.

Los meses de más defunciones han sido: Junio con 41 casos, 26 blancos y 15 negros. Enero con 27 casos, 15 blancos y 12 negros.

Los meses de Febrero, Julio y Octubre, con 25 cada uno. Los meses de menos: Diciembre con 14 casos y Agosto con 10 casos.

Para el tétanos infantil nos parece que no deben invocarse otras causas que las que se invoquen para el tétanos en el adulto, á ménos que no se pretenda establecer diferencias etiológicas y nosológicas;

admítase mayor suceptibilidad, terreno más apto en el niño que en el adulto, admítase la mayor curabilidad de que es posible el tétanos en el adulto y se comprenderá la enorme desproporción de mortalidad entre unos y otros.

Siendo para el tétanos infantil 287 casos y 32 para el tétanos en los adultos.

Admítase el orígen telúrico, el equíno ó el infeccioso para el tétanos, siempre tendrán que considerarse como factor indispensable ciertos cambios atmosféricos en ciertos años ó épocas del año que colocan al organismo en mayores condiciones de receptividad para el mejor desarrollo del agente morboso. Que ésto es indudable lo prueba que el mayor número de defunciones tiene lugar en los meses de Junio, Enero y Octubre en que la temperatura es más variable.

Además, si es necesario admitir una puerta de entrada para el agente morboso, en el niño la tenemos en la úlcera umbilical, opinión sustentada desde hace tiempo. A éste propósito significaremos que influye mucho en el sostenimiento de la úlcera, que queda á la caida del cordón, las malas y empíricas curaciones que aquí se practican. He observado siempre dicha úlcera en los niños tetanizados é inquiriendo los medios de curación puestos en juego, he venido en conocimiento del empleo de sustancias oleosas.

Diremos por nuestra parte que los muchos niños que hemos asistido al nacer y en cuya curación umbilical hemos puesto en práctica un método antiséptico no lamentamos un sólo caso de tétanos.

La enteritis, enterocolitis y atrépsia arrojan un total de defunciones de 267: 198 blancos y 69 negros.

Corresponden á un total de defunciones de niños, tomándolas del grupo de los de 0 á 5 años, 22-3.

24-8 para el total de defunciones de niños blancos.
17-4 para el total de defunciones de niños negros.
63-8 para el total de niños que existen.
15-9 para el total de niños blancos que existen.
10-9 para el total de niños negros que existen.

Se vé pues que la enteritis viene á ser entre nosotros una enfermedad de desastrosos resultados.

La enteritis estrema sus rigores en la estación de las lluvias. Los meses de Julio con 58 casos, 37 blancos y 21 negros, Junio con 38 defunciones, 30 blancos y 8 negros; Agosto con 36 defunciones 28 blancos y 8 negros. Los meses de ménos son: Octubre con 1 caso y Febrero con 9.

Las causas que á nuestro juicio más influyen para que la enteritis sea tan frecuente son, desde luego, la suceptibilidad del tubo digestivo durante la infancia, la influencia estacional en la producción de los catarros intestinales, la modificación impresa en la leche de las vacas,

que es entre nosotros la más usada para la lactancia artificial, durante los meses de Junio, Julio y Agosto, á causa de los cambios esperimentados en la proporcionalidad de los elementos que entran en la composición de los pastos, la adulteración de esa misma leche y la absoluta inobservancia de la higiene de la infancia.

La meningitis ocasionó 151 defunciones, 130 blancos y 48 negros. Los meses de más defunciones son: Junio con 22 casos, Agosto con 22 y los de ménos Marzo y Enero.

Siempre nos ha parecido la meningitis idiopática ó verdadera poco frecuente, la mayor parte de las veces se toman como tal las complicaciones encefálicas propias de afecciones agudas y sobre todo los episodios finales de la enterocolitis; de todos modos, no es estraño que, dónde tantos estragos hace la tuberculosis, sea la meningitis natural consecuencia de la herencia trasmitida por procreadores diatésicos.

La pneumonía con 113 casos, 68 blancos y 45 negros. Los meses de más defunciones: Agosto con 15, Junio 14, Marzo 13. Los meses de ménos: Julio, Setiembre y Diciembre con 5 casos cada uno.

La enteritis de los paises cálidos ocasionó 112 defunciones, 79 blancos y 33 negros.

Los meses de más casos son: Junio 16, Abril 15, Agosto 14, y los de ménos son: Mayo y Octubre con 4 casos cada uno. Enero y Setiembre con 5 casos cada uno.

La congestión cerebral con 110 casos, 68 blancos y 32 negros. Los meses de más defunciones han sido: Abril, Mayo y Julio con 11 casos cada uno; los de Marzo, Agosto y Setiembre con 9 casos cada uno, Febrero y Noviembre con 5 casos cada uno y Diciembre con 7.

Las afecciones cancerosas han ocasionado 104 defunciones, 83 blancos y 21 negros. Los meses de más defunciones han sido: Julio con 12, Mayo con 11, Junio 10, y los de ménos: Noviembre con 5, Agosto con 6 y Marzo con 7.

La fiebre tifoidea ocasionó 98 casos, 67 blancos y 31 negros. Los meses de mayor número de defunciones son: Julio con 14 casos, Setiembre 13, Abril 10. Los meses de ménos son: Marzo con 2, Diciembre 3, Agosto 5.

La fiebre perniciosa con 83 casos, 60 blancos y 23 negros. Los meses de más defunciones son: Julio con 16 casos, Setiembre con 9, Agosto con 10 casos. Los meses de ménos defunciones son: Enero con 1 caso, Abril con 2 casos, Febrero con 3.

La bronquitis con 82 casos, 57 blancos y 25 negros. Los meses de más defunciones han sido: Mayo, Setiembre y Junio con 11 casos cada uno, Agosto con 10, Febrero con 6 y Marzo con 3.

La fiebre amarilla ocasionó 73 casos de defunciones todos blancos. Los meses de más casos han sido: Agosto con 26 casos, Setiembre con

23 y Julio con 11. Los meses de ménos han sido: Abril con 1 y Junio con 3 casos. Los años de entre éstos seis en que ha habido más defunciones son: el 87 con 63 casos, el 88 con 4, el 85, 86 y 89, 2 casos cada uno y el 84 ninguno.

Sumando solo las enfermedades que más defunciones han producido entre los niños, que son: el tétanos infantil, la enteritis y la menengitis, dan un total de 736 defunciones, que, siendo el total general de defunciones 3,764, dan 19-5 por ciento, cifra, á la verdad, desconsoladora. Corresponde al número de niños nacidos de 4,056: 19-1 por ciento.

Las enfermedades que más defunciones han causado entre los adultos son: la tuberculósis, las afecciones del corazón, la pneumonía. la enteritis de los paises cálidos, las afecciones cancerosas y la congestión cerebral. Dan un total de 1,583 defunciones, que, á un total de 3,764, corresponden 42-003 por ciento.

Considerando en conjunto los datos que arroja nuestra estadística de éstos seis años, observamos que todas las enfermedades producen un aumento de defunciones durante los meses de Junio, Julio y Agosto.

Obsérvase además que en los niños produce solo tres enfermedades una mortalidad asombrosa.

Obsérvase también que no son las fiebres las enfermedades que más defunciones producen, como pudiera creerse, dadas el asiento de ésta ciudad y las grandes deficiencias higiénicas de que adolecemos.

Débese probablemente á la amplitud y situación de sus calles bañadas constantemente por las brisas y además á lo bién conocidas que son entre nosotros las fiebres de todas clases y al sistemático tratamiento por los preparados de quinina.

Vése también que la fiebre amarilla puede decirse que entre nosotros sólo se presenta epidémicamente porque no pueden constituir endemicidad uno ó dos casos aislados durante uno, dos ó más años. Sólo el año 87 reinó epidémicamente y bajo formas muy graves, cuya epidemia revistió algunas particularidades dignas de notarse. La mayor parte de los individuos atacados eran vizcainos y entre éstos mucho más grave. Otra particularidad de tenerse en cuenta es que los de una parte de la población, la zona marítima, eran los más gravemente atacados; en cambio, los de la parte alta de la ciudad, en la mayor parte de los casos, era benigno.

De los buques surtos en bahía muy pocos fueron los individuos atacados.

Otra epidemia grave reinó aquí el año 79 é, inversamente á la anterior, se inició en las tropas acuarteladas en ésta ciudad, cuyo cuartel ocupa la parte alta de la ciudad; la mayoría de los casos era grave, lo mismo que los invadidos avecindados en aquellos contornos; en cambio, los vecinos del litoral de la bahía apénas si fueron atacados.

De 1884 á 1889.		Enero.		Febrero.		Marzo.		Abril.		Mayo.		Junio.		TOTAL.	
		B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.
Nacimientos.....	Varones	126	56	115	62	136	62	122	63	145	61	110	52	754	356
	Hémbras	102	55	121	55	124	67	124	57	152	44	106	70	729	348

De 1884 á 1889.		Enero.		Febrero.		Marzo.		Abril.		Mayo.		Junio.		TOTAL.	
		B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.
Fallecidos........	Cárdenas	74	57	67	41	74	36	91	54	92	41	135	68	533	297
	Isla de Cuba..............	39	18	30	26	39	21	35	20	28	28	24	32	195	145
	España	45	......	47	......	49	......	44	......	51	......	59	......	295	....
	Otros países..............	28	......	36	......	36	......	36	......	51	......	33	......	220	....
	África	......	30	......	25	......	27	......	21	......	24	......	25	....	152
		186	105	180	92	198	84	206	95	222	93	251	125	1243	594

De 1884 á 1889.		Julio.		Agosto.		Setiembre.		Octubre.		Noviembre.		Diciembre.		TOTAL.	
		B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.
Nacimientos.....	Varones	110	52	118	49	105	50	87	55	101	44	119	36	640	286
	Hémbras	120	49	126	54	113	49	83	53	96	39	109	52	647	296

De 1884 á 1889.		Julio.		Agosto.		Setiembre.		Octubre.		Noviembre.		Diciembre.		TOTAL.	
		B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.
Fallecidos de...	Cárdenas	143	73	115	60	93	50	60	43	77	43	67	32	555	301
	Cuba	23	34	29	23	42	27	41	20	35	25	28	18	198	147
	España	68	1	81	......	64	......	32	......	52	......	42	......	339	1
	Otros países..............	41	......	46	......	39	......	37	......	37	......	42	......	242	....
	África	......	15	......	31	......	21	......	19	......	21	......	37	....	144
		275	123	271	114	238	98	170	82	201	89	179	87	1334	593

De 1884 á 1889.	Enero.		Febrero.		Marzo.		Abril.		Mayo.		Junio.		TOTAL.	
ESTADO CIVIL.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.
Menores de 17 años. Varones	34	23	30	16	39	13	45	32	38	19	70	34	256	137
Menores de 17 años. Hémbras	30	20	27	16	23	21	32	14	38	10	53	25	203	106
Varones ... Solteros	57	28	67	32	66	28	68	28	80	25	68	27	396	168
Varones ... Casados	22	1	18	1	25	......	24	......	26	1	22	1	137	4
Varones ... Viudos	9	......	5	......	6	......	11	......	11	......	7	......	49	....
Hémbras .. Solteras	7	33	8	26	9	21	4	21	11	34	14	36	53	171
Hémbras .. Casadas	20	......	13	......	17	......	11	......	10	2	11	2	82	4
Hémbras .. Viudas	7	......	12	1	13	1	21	......	8	2	6	......	67	4
	186	105	180	92	198	84	206	95	222	93	251	125	1243	594

De 1884 á 1889.		Julio.		Agosto.		Setiembre.		Octubre.		Noviembre.		Diciembre.		TOTAL.	
ESTADO CIVIL.		B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	2.	N.	B.	N.	B.	N.
Menores de 17 años.	Varones	62	28	58	31	44	24	27	14	42	16	26	16	259	129
	Hémbras	56	31	45	24	36	20	25	23	29	24	31	15	222	137
Varones	Solteros	86	25	109	29	89	24	62	22	69	28	69	34	484	162
	Casados	25	4	23	......	20	......	21	......	21	......	20	2	130	6
	Viudos	8	......	4	......	6	......	9	......	16	......	7	......	50	....
Hémbras	Solteras	12	35	9	30	10	27	7	22	7	20	13	20	58	154
	Casadas	13	......	14	......	18	1	13	1	12	......	6	......	76	2
	Viudas	13	......	9	......	15	2	6	......	5	1	7	......	55	3
		275	123	271	114	238	98	170	82	201	89	179	87	1334	593

De 1884 á 1889.	Enero.		Febrero.		Marzo.		Abril.		Mayo.		Junio.		TOTAL.	
POR EDADES.	.B	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.
De 0 á 1 año	34	26	37	15	40	19	49	23	47	15	91	33	298	131
„ 1 á 5 „	19	9	13	10	7	2	15	16	15	5	21	13	90	55
„ 5 á 10 „	5	3	3	4	7	4	4	4	7	5	6	6	32	26
„ 10 á 20 „	6	5	6	3	9	9	10	4	8	5	7	8	46	34
„ 20 á 30 „	17	5	11	4	8	5	12	8	15	12	15	14	78	48
„ 30 á 40 „	18	12	20	12	28	6	18	12	26	6	18	11	128	59
„ 40 á 50 „	27	6	43	13	36	10	37	6	42	9	32	6	217	50
„ 50 á 60 „	29	16	21	7	29	4	29	4	32	17	36	4	176	52
„ 60 á 70 „	16	11	16	7	14	8	18	8	15	9	14	12	93	55
„ 70 á 80 „	10	6	7	11	13	7	12	4	12	7	8	5	62	40
„ 80 á 90 „	4	3	3	3	6	8	2	4	2	3	3	7	20	28
„ 90 á 100 „	1	3	......	3	1	1	......	1	1	......	......	2	3	10
„ 100 á „ „	......	......	......	......	......	1	......	1	......	......	......	4	....	6
	186	105	180	92	198	84	206	95	222	93	251	125	1243	594

De 1884 á 1889.	Julio.		Agosto.		Setiembre.		Octubre.		Noviembre.		Diciembre.		TOTAL.	
POR EDADES.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.	B.	N.
De 0 á 1 año	72	39	58	35	50	28	33	24	37	18	37	12	287	156
,, 1 á 5 ,,	33	12	28	10	18	8	7	5	25	12	12	6	123	53
,, 5 á 10 ,,	5	1	7	6	3	3	5	2	2	6	4	4	26	22
,, 10 á 20 ,,	9	7	12	4	12	5	7	7	10	4	5	9	55	36
,, 20 á 30 ,,	31	12	41	7	31	14	17	8	13	6	19	3	152	50
,, 30 á 40 ,,	31	9	31	11	30	7	20	6	23	9	16	10	151	52
,, 40 á 50 ,,	32	13	35	4	30	7	27	5	36	7	23	4	183	40
,, 50 á 60 ,,	29	12	26	8	31	8	25	7	29	8	31	8	171	51
,, 60 á 70 ,,	18	10	16	11	16	7	21	7	14	7	19	14	104	56
,, 70 á 80 ,,	6	4	12	7	11	9	3	6	9	6	9	10	50	42
,, 80 á 90 ,,	7	2	5	7	6	1	4	1	2	2	3	5	27	18
,, 90 á 100 ,,	2	1	......	3	......	......	1	2	1	1	1	......	5	7
,, 100 á ,, ,,	......	1	......	1	......	1	......	2	......	3	......	2	....	10
	275	123	271	114	238	98	170	82	201	89	179	87	1334	593

El Sr. Presidente: el Dr. Montalvo tiene la palabra para argumentar.

Dr. Montalvo: opina que en la Isla de Cuba no se conoce el terreno volcánico; abundando, en cambio, el terreno calizo. Aludiendo á la topografía de Cárdenas, manifestó que el disertante había tomado por terreno volcánico el grupo de arrecifes que forman el subsuelo en todas las costas cubanas. Llamó en seguida la atención sobre la clasificación del estado social en los negros, afirmando que todos eran polígamos. Hizo referencia después á la colocación en un solo grupo de la enteritis y la atrepsia, cuyos límites patológicos expuso, estendiéndose en consideraciones sobre la atrepsia, que definió, con Parrot, como un estado adquirido por la insuficiencia de la nutrición, y termina opinando que en el trabajo del Dr. Méndez se confunden las meningitis consecutivas á las entero-colítis con las pseudo-meningitis de Marshall-Hall y West, cuyos caractéres diferenciales señala.

El Sr. Presidente: el Dr. Perna de Salomó tiene la palabra para argumentar.

Dr. Perna de Salomó (de Cienfuegos): Refiriéndose á la clasificación de las razas en blanca, negra y de color, criticó ésta última espresión por carecer de importancia y valor para definir; atribuyendo á este motivo que nunca haya podido hacerse una estadística.

Llamó la atención sobre la deficiencia é imperfección de los datos oficiales y citó ejemplos prácticos que lo demuestran.

Refiriéndose á las curaciones del cordón umbilical y de las úlceras consecutivas, en su relación con el tétanos infantil, dijo, que no acostumbraba desinfectarlas, y que el tétanos no reconocía, apesar de lo que últimamente se ha querido asegurar, un orígen infeccioso.

El Sr. Presidente: el Dr. Méndez tiene la palabra para replicar.

Dr. Méndez: replicó al Dr. Montalvo, diciendo que los datos geológicos que figuran en el principio de su trabajo, los había tomado de Humboldt y La Sagra, á quienes corresponden, desde luego, las observaciones de su colega: que él no tiene pretensiones de geólogo.

Para el Dr. Méndez, el término *atrepsia* tiene el mismo valor que el de *dispepsia*, pues ámbos sirven para designar estados patológicos subordinados á distintas causas; en cuanto á las *meningitis*, coincide su modo de ver con lo expuesto por el Dr. Montalvo, y termina este particular, añadiendo que esos fueron los diagnósticos que encontró en el registro oficial y no se hace responsable de ellos.

Contestando al Dr. Perna sus observaciones sobre las razas, se manifiesta de acuerdo con la deficiencia de los datos oficiales y opina que es indispensable la creación de una oficina de estadística para que tengan más valor los resultados. Respecto al tratamiento de las ulceraciones consecutivas á la caida del cordón, repite que ha de ser antiséptico, sobre todo despues de las conquistas de la bacteriología.

El Sr. Presidente: el Dr. Palma tiene la palabra para leer su trabajo:

Reseña topográfica y estadística demográfica de Santiago de las Vegas.

Por el Dr. Eligio M. Palma.

Población fundada en 1669, situada en terreno llano y seco á 77 metros sobre el nivel del mar y á los 22° 57′ 10″ latitud N. y á los 78° 6′ 44″ longitud O. al pié de la Sierra de Bejucal, que la domina por el Sur. Dista cinco leguas Sur de la Habana, cuatro E. de la villa de San Antonio, seis N. O. de la de Güines, una N. de la ciudad de Bejucal y nueve tambien N. del Surgidero de Batabanó. Se le calculan ocho mil habitantes.

En la estadística adjunta aparece que han fallecido en el año 1889, 278 individuos, de los cuales corresponden 85 á varones blancos, 144 á hembras blancas, 1 asiático, 28 varones de color y 50 hembras de color.

Clasificadas las defunciones por su procedencia, corresponden á Cuba 244, de las que son varones blancos 75, hembras blancas 105, varones de color 25 y hembras de color 39. A España corresponden 11, de las que son 10 varones blancos y 1 hembra blanca. Al Asia corresponde 1. Al Africa 14, de las que son 3 hembras blancas (Canarias), 3 varones de color y 8 hembras de color. A otros países, ó se ignora su procedencia, corresponden 5 hembras blancas y 3 hembras de color.

En la clasificación por edades se nota que la mortalidad ha sido mayor en los niños hasta la edad de diez años y en los adultos de 20 á 30 años.

En la clasificación por estado civil aparecen: 77 solteros fallecidos, de los que son: 18 varones blancos, 10 hembras blancas, 1 asiático, 14 varones de color y 34 hembras de color. 41 casados, de los que son 16 varones blancos, 18 hembras blancas, 3 varones de color y 4 hembras de color. 27 viudos, de los que son 9 varones blancos y 18 hembras blancas. A los individuos menores de 17 años, que son solteros en consecuencia, puesto que hasta esa edad no se casan, corresponden 133, de los que son 42 varones blancos, 68 hembras blancas, 11 varones de color y 12 hembras de color.

Entre las enfermedades que más víctimas han causado, aparece en primer lugar la tuberculosis pulmonar con 45 individuos, de los que son 13 varones blancos, 19 hembras blancas, 1 asiático, 6 varones de color y 6 hembras de color. La enteritis alcanza la cifra de 42, de los que son 12 varones blancos, 17 hembras blancas, 2 varones de color y

11 hembras de color. El tercer lugar lo ocupa las lesiones orgánicas del corazón con el número de 17, de los que son 8 varones blancos, 1 hembra blanca, 3 varones de color y 5 hembras de color. El tétanos infantil aparece con 11 defunciones, de las que son 3 varones blancos, 5 hembras blancas, 2 varones de color y 1 hembra de color. Continúa la difteria con 10 casos, de los cuales 9 corresponden al último trimestre: la necrobiósis con 10 casos; la fiebre tifoidea con 8 y la fiebre perniciosa con 7 casos. Diversas enfermedades comunes han producido las defunciones restantes.

En la estadística de nacimientos aparece la cifra de 262, de los que son 207 legítimos y 55 ilegítimos. De los 207 legítimos son 94 varones blancos, 9 varones de color, 97 hembras blancas y 7 hembras de color. De los 55 ilegítimos son 20 varones blancos, 10 varones de color, 14 hembras blancas y 11 hembras de color.

En resúmen, entre los nacidos y fallecidos aparecen á favor de la población 29 varones blancos y contra la población 3 hembras blancas, 1 asiático, 9 varones de color y 32 hembras de color. Todo lo que en total arroja una diferencia de 16 individuos contra la población.

El trabajo estadístico que presento á la consideración del Primer Congreso Médico Cubano es defectuoso por varios conceptos; pero así tienen que ser todos los que de esta índole se hagan en Cuba debido á la heterogeneidad de la población y á la carencia de datos que se nota en todos los Centros oficiales.



AÑO DE 1889.—DEFUNCIONES.

ENFERMEDADES.	Blancos		Asiáticos	Color		Total
	V.	H.		V.	H.	
Angina de pecho				2		2
Albuminuria	1	1				2
Aneurisma		1				1
Apoplegía cerebral					2	2
Bronco-pneumonía	1	3			1	5
Cáncer del estómago	1			1		2
Cianósis	1					1
Cirrósis hepática	2	1		2		5
Cloro anémia	1	2		1		4
Congestión cerebral	1				3	4
Idem pulmonar	1	1		1		3
Compresión cerebral	1					1
Consunción		3				3
Coqueluche		2				2
Cólera infantil		1				1
Debilidad congénita	1	4				5
Degeneración grasosa del corazón					1	1
Difteria	2	8				10
Disentería		3				3
Encefalítis		2		1		3
Eclampsia		1				1
Enteritis	12	17		2	11	42
Epilepsia				1	1	2
Escrofulismo	1			1		2
Fiebre cerebral	2	1				3
Idem contínua				1		1
Idem palúdea		1				1
Idem perniciosa	5	1			1	7
Idem puerperal					1	1
Idem verminosa		1				1
Idem tifoidea	1	3		1	3	8
Gastro enterítis	4	2			1	7
Gastrorragia	1					1
Hepatitis	1	1				2
Hemorragia cerebral	1				1	2
Idem bronquial	1					1
Hipertrofia cardiaca	1					1
Hidropesía		1		1		2
Ictero grave		1				1
Lesión orgánica del corazón	8	1		3	5	17
Leucemia		1				1
Longevidad	1					1
Meningítis	2	2			2	6
Meningítis tuberculosa	1	2				3
Meningo-encefalitis		1				1
Metro-peritonitis puerperal		1				1
Mielítis crónica					1	1
Necrobiósis	3	3			4	10
Nefrítis parenquimatosa		2			1	3
Parálisis general		1				1
Peritonitis	2					2
Pleuresía		1				1
Pleuro-pneumonía		1				1
Sumas	60	78		18	39	195

ENFERMEDADES.	Blancos		Asiáticos	Color		Total
	V.	H.		V.	H.	
Suma anterior........	60	78	....	18	39	195
Pneumonía	1	3	....	1	2	7
Quemaduras	....	1	....	....	....	1
Raquítis	3	1	....	1	....	5
Septicemia	....	....	....	....	1	1
Tabes mesentérica..............................	4	7	....	....	....	11
Tétanos infantil..............................	3	5	....	2	1	11
Tuberculósis pulmonar........................	13	19	1	6	6	45
Ulcera del estómago	1	....	....	....	....	1
Uremia	....	....	....	....	1	1
Sumas totales.........	85	114	1	28	50	278

CLASIFICACION DE LAS DEFUNCIONES.

POR PROCEDENCIAS.	Blancos		Asiáticos	Color		Total
	V.	H.		V.	H.	
Nacidos en Cuba	75	105	....	25	39	244
Nacidos en España	10	1	....	....	....	11
Nacidos en Asia	....	....	1	....	....	1
Nacidos en Africa	....	3	....	3	8	14
Nacidos en Otros países ó se ignora......	....	5	....	....	3	8
Sumas..................	85	114	1	28	50	278

POR EDADES.	Blancos		Asiáticos	Color		Total
	V.	H.		V.	H.	
Hasta 1 año........................	27	40	....	4	5	76
De 1 á 5 años	9	15	....	2	5	31
» 5 á 10 »	3	7	....	3	1	14
» 10 á 20 »	3	6	....	2	1	12
» 20 á 30 »	5	10	....	2	11	28
» 30 á 40 »	7	5	....	2	3	17
» 40 á 50 »	7	10	....	4	5	26
» 50 á 60 »	9	5	1	3	2	20
» 60 á 70 »	9	9	....	3	6	27
» 70 á 80 »	3	2	....	2	7	14
» 80 á 90 »	2	3	....	1	2	8
» 90 á 100 »	....	....	....	....	1	1
» más de 100 años	....	....	....	....	....	....
Se ignoran	1	2	....	....	1	4
Sumas	85	114	1	28	50	278

POR ESTADO CIVIL.	Blancos		Asiáticos	Color		Total
	V.	H.		V.	H.	
Solteros	18	10	1	14	34	77
Casados	16	18	....	3	4	41
Viudos	9	18	....	....	....	27
Menores de 17 años, solteros en consecuencia, puesto que en general hasta esa edad no se casan	42	68	....	11	12	133
Sumas	85	114	1	28	50	278

NACIMIENTOS.

MESES.	LEGITIMOS.					ILEGITIMOS.					Total general.
	VARONES.		HEMBRAS.		Total.	VARONES.		HEMBRAS.		Total.	
	B.	C.	B.	C.		B.	C.	B.	C		
Enero	11	......	6	......	17	3	......	1	......	4	21
Febrero	4	......	5	......	9	......	1	1	2	4	13
Marzo	10	1	4	......	15	1	.....	1	2	4	19
Abril	6	1	9	1	17	3	1	3	......	7	24
Mayo	7	1	14	1	23	1	3	2	2	8	31
Junio	5	2	10	1	18	3	2	......	1	6	24
Julio	4	......	2	......	6	2	1	......	......	3	9
Agosto	7	......	10	2	19	2	......	1	......	3	22
Setiembre	9	2	7	......	18	3	1	3	......	7	25
Octubre	7	1	8	......	16	......	......	1	2	3	19
Noviembre	11	......	7	1	19	......	.....	......	2	2	21
Diciembre	13	1	15	1	30	2	1	1	......	4	34
Sumas	94	9	97	7	207	20	10	14	11	55	262

RESUMEN GENERAL COMPARATIVO.

	Blancos		Asiáticos	Color		Total
	V.	H.		V.	H.	
Nacidos	114	111	....	19	18	262
Fallecidos	85	114	1	28	50	278
Diferencia á favor de la población	29	....	....	....	....	
Idem contra idem	....	3	1	9	32	
Resúmen total en contra						16

El Sr. Presidente: el Dr. Santos Fernández tiene la palabra para argumentar.

Dr. Santos Fernández: conociendo la prisa con que el Dr. Palma ha hecho su trabajo y la falta casi absoluta de buenos datos oficiales, no se permite otra cosa que recomendarle la conveniencia de completar, cuando ménos, algunos de los puntos más importantes que echa de ménos, como por ejemplo, la población de Santiago de las Vegas.

El Sr. Presidente: el Dr. Núñez de Villavicencio tiene la palabra para una moción relativa á estadísticas.

Dr. Núñez de Villavicencio: á fin de que las estadísticas puedan realizarse en forma más perfecta para lo sucesivo, cree conveniente y tiene el honor de proponer al Congreso que se nombre una comisión que trace un cuadro que sirva de pauta á los que á esta clase de trabajos se dedican.

El Sr. Presidente sometió á consideración esta moción, y aprobada que fué por unanimidad, se procedió á la elección de los miembros que debian componer dicha comisión, resultando elegidos por aclamación, los Dres. Vicente de Laguardia, Rafael Montalvo y Luis Hernández Rubin.

El Sr. Presidente: el Dr. Palma tiene la palabra para replicar.

Dr. Palma: agradece las observaciones hechas por el Dr. Santos Fernández y promete satisfacerlas en cuanto le sea posible.

El Sr. Presidente: el Dr. Tejada tiene la palabra para leer su trabajo.

Consideraciones históricas sobre el orígen de la fiebre amarilla en Cuba.

Por el Dr. Arturo G. de Tejada.

La importancia del estudio de la fiebre amarilla entre nosotros es un hecho indiscutible. Apremiado nuestro amor propio por las frecuentes investigaciones hechas en otros países, nos obligan á ilustrar, ya que no á resolver, las distintas faces que presenta esta temible y controvertida enfermedad.

Trato de molestar vuestra atención, contribuyendo, en lo que me ha sido dable, sobre la génesis aún no resuelta definitivamente del tifus icteroides, y, lo que para mí es aún más importante, descargar en parte la responsabilidad que pesa sobre la hospitalaria tierra americana, de ser el foco de tan funesto mal; pero como no se les ocultará á las ilustradas personas que me escuchan, el ímprobo trabajo y la extensión que éste adquiriría—impropia de este acto—si mis investigaciones abrazasen el estudio dirigido al continente en general, me con-

cretaré, pues, á lo que á mi patria se refiere, dejando para inteligencias mejor templadas, el desarrollo de dicho estudio en conjunto.

Hagamos historia.

Si nos tomamos el trabajo de consultar á los autores más autorizados sobre la historia de América, á Oviedo, Pezuela, Las Casas &. &.; si los seguimos desde los primeros momentos del descubrimiento, 1842, y tenemos el cuidado de anotar las distintas enfermedades sufridas por los descubridores y los indígenas, ya aquellas que tenían ó revestían el carácter epidémico, ya endémico, vemos que por más que fuese escrupuloso este exámen, no tenemos una descripción, no digo gráfica, ni siquiera semejante á la que nos ocupa y nos autorice á colocarla en el cuadro nosológico con semejante denominación, pues las descripciones de Oviedo, Gomora y Herrera en 1493, señalan simplemente la coloración de la piel en las enfermedades de la Isabela; las de Fernando Colón en sus relaciones con su padre, 1495, sólo habla del coma que presenta esta fiebre; Pierre Martyr d'Angleria relata la contagiosidad de esta enfermedad en la Vega Real; J. Benzoni en 1503, igualmente relata la contagiosidad entre los españoles de la Isabela á Santo Domingo, fundada en 1498.

Los que á esta clase de estudio se hayan dedicado entre nosotros, los que se ocupan aún de seguir estas investigaciones, concordarán perfectamente con cuanto dejo expuesto sobre el particular.

Descartando las epidemias de viruelas y otras enfermedades agenas á la que nos referimos, solo encontramos aquellas en cuya descripción entra como factor culminante, *el presentar el íctero;* pero creo no ser de necesidad detenerme mucho, sino que basta su simple enunciación, teniendo en cuenta las personas aquí presentes, para saber cuán sin importancia es este síntoma, tratándose de las enfermedades tropicales y sea capáz casi por sí sólo para diagnosticar una entidad morbosa.

Tratadas de un modo general y á grandes rasgos las enfermedades anteriores á la época de la trata, pasemos al estudio posterior de ésta y veremos si los datos que nos suministran los autores son suficientes para considerar al vómito negro, como una enfermedad importada.

Según la opinión autorizada de Saco, vémos que la primera expedición de negros que salió de Salvatierra, en la Española, para Cuba fué en 1511, para Pezuela 1522, y entre otros particulares se expresa del modo siguiente: «Muy fundado es pensar que si con la expedición de Velázquez no marcharon algunos amos seguidos de sus negros, éstos á lo ménos llegaríanse á ella un poco después. Equivocadamente creen algunos escritores cubanos que los primeros que entraron, fué después de la muerte de Diego Velázquez, acaecida en 1524. Para mí es casi cierto, aunque no puedo probarlo históricamente, que de 1512

á 1514, ya se habían introducido.» Fundándose en la poca distancia de la Española con Cuba, y en donde entonces los había en mayor número, y en la fundación de cinco pueblos en 1514, esceptuando á Baracoa que ya existía, dice: «Muy improbable que no hubiesen entrado negros cuando tan cerca lo tenían y tanto lo necesitaban.»

Concuerdan los autores que en 1515 pidiéronse algunos negros á la Española para fortificar el puerto de Santiago de Cuba, y Saco, ocupándose de este particular, dice: «Sintiéndose también en Cuba la falta de negros; conociendo su Gobernador Diego Velázquez y los oficiales reales la importancia que podría tener la naciente villa de Santiago, pidieron al Gobierno en Agosto de 1515 que se fortificase su puerto y que al intento se enviasen de la Española artesanos, dos carretas con sus bueyes y doce negros.»

El tráfico de esclavos fué legalizado en España, según Virey, Historia natural del género humano,» en la época del Cardenal Cisneros y del Emperador Carlos V, bajo el pontificado de León X; conducta seguida por Isabel de Inglaterra y Luis XIII de Francia;» acatando todos estos soberanos «tan atroz disposición bajo el soñado pretexto de que los negros no eran cristianos y por lo mismo no eran acreedores á la libertad.»

Más tarde bajo el mismo reinado de Carlos I, se mandó á suspender la introducción de negros en Américas, hasta que acaecida la muerte del Cardenal Cisneros, 1517, fué esta revocada.

En 1518 «concediose licencia para llevarlos, y los documentos oficiales y la historia no dejan duda de que ya entonces los había.»

En 1519 se concedió licencia á Pánfilo Narvaez, B. Quesada y G. Guzmán, vecino de ella.

En 1522 vemos ya la disminución de la raza indígena en estas islas, pues los indios de la Española morían casi todos,» por las fatigas, el suicidio y la viruela.

Un año después entramos en el período azucarero de nuestra Antilla, 1523, época del comienzo de nuestro progreso industrial, que trajo por consecuencia el aumento de la introducción de negros, debida á la carencia de la raza indígena, por una parte, y por la otra, á que se acentuaba la mortandad de éstos en virtud de la clase de trabajos que en los ingenios les imponían.

Y era cada vez más apremiante, á lo que parece, esta necesidad de brazos, cuando en 10 de Abril de 1537, con el fin de abastecer de negros á la ciudad de Santiago de Cuba, se le decía á Carlos I lo que copio: «Ya sabrá V. M. que los indios naturales vienen en mucha disminución, y como el traer negros, es lo que más ha de durar, suplicamos que los vecinos puedan traer 200 ó 300 sin pagar licencia, sino solo el derecho de 1 y medio por 100.»

Pudiera objetarse que existían négros en América antes de la trata; pero esta existencia queda negada por los más caracterizados autores y entre ellos Oviedo.

Por no cansar vuestra ilustrada atención con la descripción de la manera como se hacía la introducción de los negros por la trata legalizada y sancionada por el catolicismo, no me ocuparé detenidamente de este asunto; pero no puedo dejar de consignar, por lo que á la higiene se refiere y como medio de propagación para las enfermedades infecciosas, el horripilante cuadro descrito por Virey: «Llegado que han á la costa, vénse estos infelices hacinados por cuadrillas ó cadenas en los buques negreros, y yacen aherrojados en la bodega en tan estrecho espacio, que le es de todo punto imposible volver el cuerpo al uno y otro lado sin incomodarse mútuamente. No ocupan verdaderamente mayor espacio del que deberán henchir en el sepulcro, y no respiran más aire que el absolutamente necesario para conservar su dolorosa existencia. Agólpanse hasta mil y quinientos de estos infelices en una sola embarcación estrecha. Figurémonos por breve instante el denso y hediondo vapor de la traspiración, que forzosamente han de exhalar tantos cuerpos hacinados en el ambiente ponzoñoso y pestilente de aquellos pañoles, especialmente durante la noche y cuando cierran las escotillas! Así es que aquellos infelices clamaban por todos lados que se ahogan; las mujeres desfallecen una tras otra, y cada día sacan nuevos cadáveres de aquella bodega, donde apénas se respira, y el terror no conoce más tregua que la muerte.» Y un poco más adelante agrega: «Algunos médicos atribuyen á todas estas causas reunidas de infección el origen de la fiebre amarilla y del tifus náutico, que se encona especialmente en los climas cálidos, y cuyos funestos estragos pagan tan colmadamente todas las atrocidades de los blancos.»

Por lo que dejamos expuesto, vemos que «todas las citas de las epidemias primitivas nos enseñan que cada vez que los españoles emprendieron la fundación de una colonia, se vieron atacados de enfermedades mortales; pero lo incompleto de las descripciones nos dejan reducidos á congeturas, más ó menos probables, sobre la naturaleza de estas enfermedades;» (Dariste, Investigaciones sobre la fiebre amarilla, 1825) que, por lo tanto, no ha existido enfermedad alguna semejante al tifus amarillo antes de la trata, que los buques negreros hacían sus largos y penosos viajes en las condiciones más apropiadas para el desarrollo de las enfermedades infecciosas, y que por último, existe la opinión bastante razonable de algunos médicos, de ser estas expediciones la causa del origen de la fiebre amarilla. Pues bien, hoy que la bacteriología ha disipado las nebulosidades en que se encontraban envueltas las enfermedades infecciosas, hoy que por ella sabemos cómo y porqué se desarrollan y propagan estas afecciones, que en mu-

chas de ellas podemos hasta indicar su causa primordial, no podemos conformarnos que se considere á Cuba como un foco de infección del vómito negro, enfermedad que no existía en ella antes de la trata y sí se desarrolló después que arrojaron á estas playas, junto con los negros, tanta y tanta inmundicia moral y material.

En cuanto al primer caso de fiebre amarilla entre nosotros, data del año 1695 según se desprende del periódico profesional *El Repertorio Médico Habanero*, en su segunda serie, página 30 del año de 1842, que, hablando de la antigüedad del vómito negro en la Isla de Cuba, se expresa en los siguientes términos: «que por los años de 1695 se presentó en ésta, pero con más fuerza en la ciudad de Santiago de Cuba y su jurisdicción, la mortífera enfermedad conocida con el nombre de vómito negro, y acompañada de disentería de la misma materia, con mucho dolor de estómago, se observó que de bastantes enfermos, pocos escapaban con vida, sin embargo de emplear con el objeto de combatirla, las medicinas que conocían entónces y que creían más apropósito. Nota tomada de una memoria escrita en Cuba en 1703.»

Si pasamos ahora á recojer algunos datos referentes á la causa de que estas expediciones fuesen las portadoras del germen tífico, objeto de esta tesis, creo que con los datos suministrados por el médico de la armada francesa, Dr. Audouard, en su opúsculo titulado «La fiebre amarilla y la trata de los negros,» impresa en París en 1849. «Fievre jaune et traite des noirs,» arrojará la suficiente luz para que queden satisfechas vuestras exigencias. Ocúpase el autor de las distintas epidemias de fiebre amarilla, que con más ó menos intensidad han reinado en España y Gibraltar, las que expondré por su órden cronológico, las de Cádiz en 1800 y 1819; las de Málaga, 1803 y 1804; las de Barcelona, 1803 y 1821; la del puerto del Passage en 1823 y la de Gibraltar en 1828. En la imposibilidad de no poder extractar cada una de estas epidemias, basta saber que, sintetizado dicho opúsculo, estas distintas epidemias eran ocasionadas por buques llegados de las Antillas, pero que todos sus barcos fueron destinados al tráfico de negros y el Dr. Bahi, encargado de informar sobre la de Barcelona, dice: «La fiebre amarilla, oriunda sin duda de los barcos procedentes de la Habana y aún tal vez de algunos de éstos venidos poco antes de Etiopia, conduciendo negros en aquella isla y sin que se hubiese purgado el barco antes de volver á Europa, á pesar de haber tenido muertos de aquellos africanos á bordo.» Y en su conclusión, haciendo referencia á los documentos expuestos, se expresa así: «Estos documentos contribuirán, yo lo espero, á dar una nueva fuerza á las aserciones que preceden, y á llevar al espíritu la luz necesaria para mostrar su verdad.»

Réstame tratar de un punto de suma importancia, que podemos considerar el argumento de más peso en favor de la idea que

defiendo, y es si existe ó nó en Africa algún foco de fiebre amarilla, Poincaré le señala el Senegal, Sierra Leona y Gambia; los Dres. J. D. Bouneau y Eug. Sulpicy en su obra titulada: «Investigaciones sobre la contagiosidad de la fiebre amarilla, París 1823» se expresan del modo siguiente: «Los que opinan que la fiebre amarilla ha sido importada la consideran de un origen reciente; pero cuando tratan de fijar su verdadero punto de partida, están léjos de estar de acuerdo. Bajo la autoridad del Padre Labat ó de Moreau de Saint Méry, hacen venir á la fiebre amarilla á la Martinica en 1682, 1688, ó 1690, procedente de Siam.

Algunos observaron que más bien era venida del Brasil porque el buque del rey, el *Oriflamme*, acusado de esta importación, había á su vuelta de Siam tocado en el Brasil, donde esta enfermedad hacía estragos desde 7 ú 8 años ántes.

Al menos el Padre Labat cuenta así los hechos; pero Moreau de Saint Méry que fija esta importación en 1690, no dice en ninguna parte que el buque importador haya tocado en el Brasil.»

«Warren y después de él muchos otros médicos, le señalan un origen más moderno; es á Saint Jean d'Acre, que él la hace nacer, de aquí la pasa á Marsella en 1720; de Marsella la envía á la Martinica y á su turno la trasmite á la Barbada. En fin, en una época aún ménos lejana, en 1793, el nombre de fiebre bulam que le dió Chisholm, atestigua que este médico viajero la considera como importada de la isla de este nombre, situada junto á la costa de Guinea.»

De aquí el nombre de fiebre de Siam dada por el Padre Labat, por creerla originaria de dicho punto y confirmada por Moreau de Saint Méry.

CONCLUSIONES.

Que es un hecho la existencia de un foco de fiebre amarilla en Africa.

Que no ha existido en Cuba enfermedad alguna análoga á la fiebre amarilla antes de la trata, apareciendo su desarrollo después que ésta tuvo lugar.

Que los buques negreros reunían todas las condiciones necesarias para el trasporte de esta enfermedad infecciosa y es perfectamente explicable en la actualidad por los progresos de la ciencia.

Y por último, que si no existen pruebas bastantes para negar de un modo categórico la existencia de un foco endémico de fiebre amarilla en Cuba antes de la trata, hay las suficientes para considerarlo como dudoso.

HE DICHO,

El Sr. Presidente: No habiendo quien haga uso de la palabra sobre el trabajo que se acaba de leer, ocupará la tribuna el Dr. Tamayo para dar lectura al suyo, titulado:

Investigaciones sobre la fiebre amarilla.



Por el Dr. Tamayo (Diego).

En 1887, al comenzar nuestros trabajos bacteriológicos sobre la *fiebre amarilla*, tomamos como punto inicial de las investigaciones la sangre, con objeto de comprobar lo que había de real y positivo en los hechos anunciados por los que en el Brasil, en Méjico, y áun en esta misma ciudad, creían haber puesto en claro la etiología del *tífus icteródes.*

Siguiendo una técnica conocida (véase *Crónica Médico-Quirúrgica de la Habana*, Tomo XIII, pág. 684). examinamos la sangre de los enfermos en distintos períodos, unas veces conservándola viva, otras desecándola y colorándola. La hemos cultivado en suero, en agar, en gelatina, en caldo y en agua de coco; los cultivos han sido aerobios y anaerobios, en este caso haciendo simplemente el vacío ó sustituyendo el aire por el gas del alumbrado. En los cadáveres hemos recogido la sangre directamente del corazon, en los ventrículos y en las aurículas, sugetándola á los mismos procedimientos indicados. En uno y otro caso los resultados han sido siempre negativos. Para encontrar micro-organismos en la sangre del corazón es preciso que la putrefacción se haya iniciado ya.

Estos resultados negativos me hicieron abandonar la vía sanguínea y explorar el tubo digestivo, camino indicado por Cornil y Babés y en el que ya había entrado Le Dantec.

Por otra parte, la observación clínica y los datos recogidos por los que en diferentes épocas, habian autopsiado cadáveres de fiebre amarilla, indicaban bien á las claras la necesidad de investigar cuidadosamente el canal intestinal.

En efecto, ya en 1820 Gerardin defendía que la fiebre amarilla era *una gastrítis de una especie particular;* Pariset que observó la epidemia de Cádiz en 1819, dice que *la túnica vellosa del estómago está en estado de flogosis;* para Robert, que escribía en 1826, *es una flegmasia, muy intensa de la mucosa gastro-intestinal*, opinion que entre nosotros amplió, en 1843, el Dr. Valdés Castro, opinando que era *una gastro-enteritis infecciosa* y el Dr. Giralt, en una discusion sostenida en 1861 en nuestra Academia de Ciencias, se expresaba así: *Creo que la causa productora de la fiebre amarilla, cualquiera que sea, obra primero sobre la mucosa gástrica, dando lugar á una inflamacion especial ó específica, y que los produc-*

tos de esta flegmasia penetrando en el torrente circulatorio por las lesiones que existen en aquella membrana dan lugar á la intoxicacion y como una consecuencia indispensable á los fenómenos generales. Sentados estos precedentes, vamos á exponer lo que personalmente hemos podido obcervar.

Nuestras investigaciones se refieren á trece autopsias: doce hechas en el Hospital Militar en indivíduos del ejército y por lo tanto europeos, y una en un jóven del país, nacido en Guanes, Provincia de Pinar del Rio, que por primera vez había salido de su pueblo para dedicarse al comercio en esta ciudad, donde murió de fiebre amarilla, en la casa número 65 de la calzada del Monte, asistido por los Dres. Fernandez y Laguardia.

De estos trece casos, dos murieron al tercer dia; cinco al cuarto; tres al quinto; uno al sexto; uno al séptimo y uno al noveno.

Todos eran casos tipos y los cadáveres presentaban el ictero *post morten* característico, manchas hipostáticas en la parte posterior y lateral del cuello y en la region lumbar.

Las autópsias han sido hechas desde una hora hasta ocho despues de la muerte.

Datos recogidos.—*Hígado.*—En dos casos, por su color y tamaño, parecía normal; en los restantes la coloracion ha sido amarillo-pálida ó amarillo más ó ménos oscura—amarillo de ruibarbo ó de cuero—que se acentúa en el borde posterior. Con frecuencia el tinte oscuro predomina en el lóbulo de Spigelio y hay manchas violáceas hipostáticas en la parte posterior. El tamaño es normal ó con disminucion poco apreciable; la consistencia está aumentada. Al corte el tejido hepático se presenta seco ó deja correr muy poca sangre; su aspecto anémico está bien marcado, los vasos que se distribuyen en el tejido hepático están vacíos, en cambio los gruesos troncos venosos están llenos y dilatados por la sangre. En los casos de muerte rápida los córtes del tejido hepático no han presentado la degeneracion grasosa, ni hemos podido comprobar en ellos la presencia de micro-organismos; las células hepáticas están granulosas, los núcleos, en muchos puntos deformados, toman mal la coloracion, el epitelio de los canalículos aparece turbio; con frecuencia se encuentran granulaciones intensamente coloradas y que á primera vista parecen micro-organismos, pero que por sus formas irregulares y sus tamaños variables evitan toda confusion.

La *vexícula biliar* contiene más ó ménos cantidad de un líquido negruzco y espeso, de reaccion ligeramente alcalina. En tres casos la vexícula estaba eréctil por la excesiva cantidad de líquido que contenía.

Riñon. Siempre congestionado, de tamaño normal ó aumentado

de volúmen. En un caso, muerto al sexto dia por anuria, el riñon pesaba 370 gramos y presentaba un foco purulento abierto en la túnica propia, los glomerulos muy visibles fuertemente congestionados; los cálices y la pélvis estaban de color amarillo y la sustancia cortical de color oscuro de vino, sin brillo. Dejo este punto porque se ocupará de él más detenidamente mi compañero de Laboratorio el Dr. San Martin, pero advirtiendo, de paso, que en los córtes de riñon no hemos podido encontrar micro-organismos.

Vejiga. En los que mueren por anuria es inútil señalar que está retraida, á veces á tal extremo que desaparece detrás del púbis. En los enfermos tratados por los desinfectantes y la dializacion intestinal, la anuria no se presenta, hecho digno de señalarse puesto que elimina una de las causas frecuentes de la muerte en la fiebre amarilla.

Si con una pipeta extraemos la orina, atravesando el fondo de la vejiga, la encontramos túrbia, y de color variable desde el amarillo casi normal al oscuro rojizo y conteniendo siempre albúmina. Nunca la hemos visto manifiestamente sanguinolenta. En autopsias hechas algunas horas después de la muerte, en el verano, los cultivos de la orina —tomada esta con pipetas esterilizadas á través del fondo de la vejiga—dan dos bacillus y un micrococcus que comunmente se agrupa en diplococcus; los bacillus por su morfología y manera de comportarse en los medios de cultivo se refieren al tipo *bacterium termo.* La cantidad de orina contenida en la vejiga pasaba de cien gramos en la mitad de los casos.

El *Pancreas* se encuentra de color amarillo más pronunciado que el normal y con arborizaciones vasculares muy manifiestas.

El *Bazo* está duro y crepitante; al córte dá mucha sangre, su color es más oscuro que el normal y sin aumento de volúmen por lo general.

Los *Intestinos gruesos*, en los casos de larga duracion, están congestionados. Solo una vez hemos encontrado grandes masas de materia negra en la válvula ileo-cecal. Las invaginaciones son frecuentes en el cólon.

En tres casos el *yeyuno* y el *ileon* no presentaban nada de particular, en los demás había materia negra uniforme en unos, y negra con grumos verdosos en otros; en estos casos las arborizaciones vasculares son evidentes, y la reaccion del contenido ácida. Frecuentemente se nota á simple vista una coloracion azul oscura en la cara externa de los intestinos mesentéricos.

Cinco veces hemos comprobado las lesiones descritas por Le Dantec en los intestinos delgados, á saber: erupcion folicular simple ó umbilicada y pequeñas ulceraciones grises sobre la mucosa.

El *duodeno*, en su primera porcion, participa de las lesiones del estómago de que son una continuacion.

En el *estómago* las lesiones son constantes y características, variando solo por su extension é intensidad. Generalmente se encuentra distendido por los gases y aumentado de volúmen; la superficie exterior presenta un reflejo azulado ó violáceo y está surcada por arborizaciones vasculares; al abrirlo se dá salida á un liquido homogéneo, espeso, de color negro de tinta, ó más claro como la infusion de café ó achocolatado. Su cantidad es variable: hemos encontrado desde 36 hasta 326 gramos; por regla general pasa de cien gramos. Su reaccion es siempre francamente ácida, al tacto es untuoso y de tal manera se adhiere que haciendo pasar una corriente de agua, por largo rato, no es posible arrastrarlo completamente quedando siempre grumos negros sobre la mucosa, lo que demuestra que están formados por una sustancia insoluble en el agua y en efecto se les vé sobrenadar en este líquido sin alterarse. Si se deja en reposo el líquido negro se separa en dos capas, la superior líquida y la inferior espesa y consistente compuesta de grumos oscuros ó completamente negros.

La coloracion del contenido gástrico se había considerado siempre de orígen sanguíneo, hasta que Freire en el Brasil y Carmona en Méjico lo declararon de orígen bacteriano, opinion á que se inclina el Dr. Gibier que dice haber encontrado un baccillus dotado de la propiedad especial de teñir en negro todo lo que le rodea.

Con objeto de aclarar este punto hemos ensayado los tres métodos que describe Bizzozero para comprobar la presencia de la sangre, que son: 1º determinar la cristalizacion de la hemina. 2º La reaccion por el guayaco y 3º El análisis espectral.

1º *Cristales de hemina.* En un porta objeto se coloca una gota de solucion normal de cloruro de sodio que se hace evaporar á un calor suave; sobre el resíduo cristalino que queda se deposita una partícula de la materia negra, se cubre, y con una varilla de vidrio se llena de ácido acético glacial el espacio que queda entre los dos cristales; se calienta hasta que aparecen burbujas en el líquido, reponiendo el ácido acético á medida que se evapora, y manteniendo la preparacion al calor durante medio minuto, tiempo suficiente para la aparicion de círculos rojizos. Conseguido esto, se hace evaporar á un calor suave el líquido que queda, luego se lava al agua la preparacion para arrastrar las suciedades que pueda contener y examinada al microscopio se encuentran los cristales de hemina dispersados ó reunidos en grupos en los círculos rojo oscuros de que hemos hecho mención. Estos cristales se reconocen fácilmente por su color, que va del rojo oscuro al de café claro, y por su forma romboédrica. Para distinguirlos de los productos albuminoideos ó salinos con que pudieran confundirse, se emplea la luz polarizada, como aconseja Morache, que los hace aparecer amarillos mientras que los otros permanecen oscuros.

Siempre hemos obtenido los cristales de hemina de la borra del estómago, por cierto que han sido los de mayor tamaño que hemos visto. Su presencia es tan constante que la borra sirve en el *Laboratorio de la Crónica* de material de ensayo para ejercitar en este detalle técnico á los que á él concurren.

2º *Reacción por el guayaco.* Si sumergimos un papel de filtro en la materia negra y tratamos la mancha por la tintura de guayaco y la esencia de trementina ozonizada, se ve aparecer la coloracion azul. Esta reaeción no es constante, lo que se explica por la desaparición de la hemoglobina en virtud de los cambios que en el estómago ha debido sufrir la sangre, cuya materia colorante estará en este caso, en estado de hematina.

3º *Exámen espectroscópico.* Sabíamos ya que la sustancia negra del contenido del estómago era insoluble en el agua; esto y el no ser constante la reacción por el guayaco nos hizo prescindir del espectro de la hemoglobina y dirigir nuestras investigaciones á sus derivados, sobre todo á la hematina cuya presencia conocíamos. La hematina no es soluble en el agua, ni en el alcohol simple, pero se disuelve bien en el alcohol acidulado. Pues bien, la solución poco concentrada de la sustancia negra en alcohol acidulado con ácido acético nos da un líquido amarillo-oscuro que al espectroscopio deja ver una raya de absorción estrecha hácia el extremo del rojo—correspondiendo aproximadamente á la raya *C* de Fraunhöffer—y una banda difusa que va desde el limite naranjado por el verde hácia azul claro. En solución concentrada la raya del rojo se marca perfectamente. Si evaporamos este líquido y el resíduo que resulta lo disolvemos en legía de potasa, tenemos una solucion alcalina de hematina que da una raya bien neta en la parte derecha del color naranja, hácia la *D* de Fraunhöffer y otra poco apreciable en el azul.

Tenemos, pues, el espectro de la hematina en solución ácida y el de la hematina reducida. Con estas pruebas estamos autorizados para afirmar que el color más ó ménos negro que adquiere el líquido contenido en el estómago, en los atacados de fiebre amarilla, es debido á la sangre y no á un producto de orígen microbiano.

Es inútil, por lo tanto, señalar como nuevo hecho de comprobación, la presencia de glóbulos sanguíneos, no siempre fáciles de reconocer por las alteraciones que han sufrido, pero que pueden ponerse fuera de duda colorando las preparaciones por la fuschina ó las violetas que dan color intenso á los nucleos, á los glóbulos blancos, á células toruláceas, etc., mientras que los hematies permanecen incoloros ó con sus bordes ligeramente teñidos.

En la cara interna del estómago hemos encontrado siempre la mucosa inyectada, con punteado hemorrágico y manchas equimóticas

sub-mucosas; lesiones que alcanzan extensión mayor y más profunda con relación á la época de la muerte. Si la muerte ha sobrevenido rápidamente y el estómago contiene poca cantidad de líquido los repliegues de la mucosa están salientes, la hiperemia generalizada y los equimosis ocupan sobre todo las zonas cardiaca y pilórica. Estas lesiones rara vez dejan de encontrarse en la última porción del esófago y en la primera del duodeno. Si la muerte es más tardía, las lesiones de la mucosa tienen un sello manifiestamente hemorrágico: las arborizaciones vasculares están llenas de pequeños puntos equimóticos infiltrados, y grandes placas equimóticas se extienden por todas partes. Estos equimosis, que son el asiento de las hemorragias intersticiales, presentan islotes oscuros donde el epitelio distendido se rasga y desaparece, produciéndose exulceraciones que alcanzan tamaños variables y que á veces son numerosas. Estos caractéres nos permiten diferenciarla de la gastritis alcohólica, en la que no se presentan tan generalizados y uniformes, ni dan lugar á las hemorragias que hemos señalado; más bien recuerdan las lesiones que en esta mucosa provocan las sustancias dotadas de una acción tópica fuertemente irritante. Velázquez las atribuye á la paralisis de los vasos capilares, pero según la teoría de Schiff, la consecuencia de la dilatación neuroparalítica de los capilares arteriales y venosos se manifiesta por hiperemias en placas en la mucosa gástrica, y en la intestinal por arborizaciones irregulares, y estos no son los efectos del veneno amarillo.

¿Cuál es, pues, el mecanismo de estas lesiones?

Los fenómenos normales de la digestión provocan y entretienen la hiperemia de la mucosa gástrica; pero, como dice Rindfleisch, toda hiperemia fisiológica es una ventaja pérfida para el órgano en que tiene lugar; el menor trastorno que sobrevenga en su mecanismo determina accidentes. En ninguna mucosa el trastorno que el catarro provoca en la circulación llega á un grado tan alto como en la mucosa gastro-intestinal, porque la excitación patológica al actuar sobre ella despierta movimientos peristálticos más frecuentes y más vigorosos que los fisiológicos. Por otra parte, los pequeños troncos arteriales y venosos que acarrean la sangre de las redes vasculares de esta mucosa, atraviesan oblícuamente la túnica muscular y están rodeados por una vaina de tejido conjuntivo laxo que alrededor de las arterias es bastante abundante para dejar, entre ellas y los fascículos musculares, un espacio relativamente considerable, mientras que alrededor de las venas la vaina conjuntiva es tan poco importante que estos vasos son fácilmente comprimidos cuando la capa muscular se contrae. La consecuencia de esta disposición es, que cada contracción de la túnica muscular representa un obstáculo al retorno de la sangre de la túnica mucosa, produciendo así una replesión sanguinca considerable que

persiste mientras dura la contracción, pero si estas se repiten con frecuencia aquella toma carácter permanente.

Además, la estructura normal de una mucosa favorece la permanencia de la hiperemia, porque la delicadeza y permeabilidad de su capa epitelial permite que las irritaciones exteriores obren fácilmente sobre los elementos irritables sin que ninguna envoltura elástica oponga límites á la dilatación de los capilares ingurgitados de sangre, y si aquí, como es lógico suponer, tenemos actuando activamente una causa irritante, los productos microbianos, fácilmente se puede explicar como comienzan á fraguarse las lesiones descritas: en primer lugar, hiperemia angiopática ó mecánica que prepara la inflamación y las subfuciones hemorrágicas, y que, más tarde, cuando los efectos de la toxi-infección predominan, adquiere carácter neuropático ó dinámico.



Hemos hecho córtes en estómagos frescos valiéndonos del bicloruro de metilo, ó indurando las piezas por los procedimientos usuales y haciendo inclusiones en celoidina ó en parafina. Para cortar usamos el microtomo de Jung ó el de Malassez.

El epitelio gástrico que está reblandecido, se desprende fácilmente sobre todo en los puntos equimóticos.

Pasando la aguja suavemente por la superficie de la mucosa y examinando al microscopio lo que esta recoje, se ven numerosas células epiteliales aisladas ó unidas unas á otras. Cierto número presentan la forma cilíndrica normal y su núcleo visible se deja teñir por los colores de anilina; en cambio otras están deformadas, con protoplasma turbio y groseramente granuloso, los núcleos, poco apreciables, toman mal la coloración.

Esta descamación no es un fenómeno *post mortem*, porque las células cilíndricas se encuentran en los vómitos lo que demuestra que su desprendimiento tiene lugar durante la vida; además hemos comprobado la descamación en autopsias hechas una hora despues de la muerte. Se comprenderá lo difícil que es observar en los cortes la superficie de la mucosa, pues el epitelio si no se destruye durante la vida, se reblandece de tal modo que es arrastrado por las manipulaciones á que obliga la técnica.

Nuestras observaciones nos enseñan que en los puntos en que hay erosiones de la mucosa, la pérdida de sustancia corresponde á los espacios que separan las aberturas glandulares; siguiendo estas aberturas se ven las células epiteliales con el protoplasma turbio y granuloso, pero conservan su forma y los núcleos se coloran mejor á medida que la célula se aleja de la superficie. En las glándulas pépsicas no hemos

encontrado alteración apreciable en las células propias, ni en las pequeñas células que rodean la luz del tubo. El tejido conjuntivo está infiltrado por células linfáticas y parece engrosado sobre todo en los espacios interglandulares y al rededor de los fondos de saco. Las glándulas mucosas parecen comprimidas y en sus células epiteliales la granulación protoplásmica avanza más que en las pépsicas. Los vasos están dilatados y llenos de sangre; las hemorragias tienen lugar en las papilas, en cuyos puntos se ven infartos hemorrágicos adheridos á la superficie. En una autopsia hecha seis horas despues de la muerte, los cortes de la porción pilórica, colorados por mi amigo y compañero el Dr. Semprun, siguiendo el método de Gram, presentaron en la capa submucosa grupos de un bacillus que por su morfología se parece á los encontrados por Le Dantec en la Guayana. Solo en este caso hemos podido comprobar la presencia de micro-organismos en la mucosa gástrica.

En resúmen, la superficie libre de la mucosa, los espacios interglandulares, el epitelio cilíndrico, que recubre las aberturas glandulares y los vasos subyacentes, son el asiento principal y quizás exclusivo de la inflamación. La presencia de micro-organismos en la mucosa es un hecho poco frecuente.

Si á estos datos se unen los que arroja la clínica—epigastralgia y vómitos—se comprenderá que nos inclinemos á aceptar que el estómago es el asiento primordial del veneno amarillo, y que á la luz de las nuevas ideas vengamos á resucitar la olvidada teoría del antiguo profesor de Clínica de nuestra facultad, Dr. Giralt, planteándola del siguiente modo: «La fiebre amarilla es una enfermedad infecciosa, cuyo gérmen infectante encuentra su medio de cultivo en el estómago donde germina, dando lugar á la producción de ptomainas ó diastasas que producen no solo alteración en la mucosa por acción local, sino que pasando al intestino son absorbidas engendrando los fenómenos generales por toxi-infección».

Aceptando esta interpretación, hemos dirigido nuestras investigaciones bacteriológicas principalmente sobre los micro-organismos que se encuentran en el estómago. Puesto que el tiempo que el Reglamento del Congreso señala para una comunicación, no permite extenderse más, solo daremos aquí una ligera noticia de los que con más frecuencia hemos encontrado. Los procedimientos que hemos empleado son los siguientes: 1º Con las precauciones naturales en estos casos, colocamos sobre una lámina de cristal en una cámara húmeda esterilizada un colgajo del estómago; á las veinte y cuatro horas recogemos el líquido que escurre y hacemos cultivos en placas.

Este líquido diluido en agua esterilizada lo hemos inoculado á una série de ratones blancos, inyectándoles un c. c. dentro del peritoneo y

los mata en doce horas, presentando, en la autopsia, el estómago y los intestinos delgados con arborizaciones congestivas, y en su interior un líquido espeso achocolatado; el hígado fuertemente congestionado; el bazo normal. El contenido gastro-intestinal de estos ratones, disuelto en agua esterilizada se inocula á una segunda série con resultado negativo.

El líquido de otro colgajo inoculado á una série de curieles, por el mismo procedimiento, no les produce alteración alguna. A otra série se les inyecta en el estómago por medio de una sonda, con igual resultado.

2º Una gota de la borra gástrica, se diluye en cinco centímetros cúbicos de gelatina, y con este líquido se hacen cultivos en placas.

Los primero que se nota es que los micro-organismos que licuan la gelatina son los ménos numerosos, puesto que en las placas de la segunda dilución se ven pocos y en la tercera, por rareza se encuentran.

Entre los micro-organismos más frecuentemente encontrados, figuran tres micrococcus: El 1º, presenta una colonia roja y se le encuentra además, en el agua y en el aire. El 2º, en el agar da una colonia amarilla y licua lentamente la gelatina; es el *M. habanensis* de Gibier. El 3º es un micrococcus esférico de 1μ á $1\mu5$ de diámetro; se presenta aislado ó en diplococcus, á veces forma pequeñas cadenetas. Por picadura en la gelatina forma en la superficie una mancha blanco-opaca, escavada, de bordes dentellados, y por debajo la gelatina se licua en forma de embudo. Vive tambien en caldo ácido. Lo he encontrado luego en el estómago de un jóven del país al que hacía el lavado de esta víscera con agua esterilizada, con objeto de hacer estudios comparativos entre los microbios encontrados en estos casos y los de la fiebre amarilla. Los bacillus son más numerosos; entre los comunes está el *æruginosum* y el *subtilis*; además, un bacillus de extremidades cortadas verticalmente lo que le da un aspecto cuadrangular, se presenta frecuentemente en cadenetas de tres ó cuatro y licua rápidamente la gelatina. Nos llamó al principio la atención, por dar á la gelatina peptonizada un color negro, pero nos parece que esto no es una facultad cromógena del microbio, sino un cambio efectuado en el medio, puesto que para que la coloración aparezca es preciso que el cultivo sea muy viejo.

Hay otro bacillus muy frecuente que licua rápidamente la gelatina sin dar á esta tinte alguno mientras el medio está en reposo, pero si agitamos el tubo, de manera que el aire se mezcle bien con la gelatina, enseguida esta adquiere un color verde-esmeralda que se hace más intenso mientras mayor es la oxigenación. Lo hemos encontrado en el agua del Laboratorio.

Entre los que no licuan la gelatina tenemos aislados cuatro, que

son los más constantes en los casos por nosotros examinados. No damos de ellos una descripción porque ya hemos abusado demasiado de la atención del Congreso. Por lo demás, en el estado actual de nuestras investigaciones, no podemos atribuir carácter específico á estos micro-organismos.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Montalvo.

Dr. Montalvo: no es posible que un trabajo tan notable pase aquí con un desdeñoso silencio, por más que sea difícil hacerle observaciones. Sin embargo, he de hacerle algunas: 1ª Quisiera saber si el bacillus que ha encontrado el Dr. Tamayo en el estómago es peculiar de la fiebre amarilla, ó se encuentra también en otras enfermedades amarillas. 2ª Aceptado que la fiebre amarilla sea una afección gastro-intestinal, parecida al cólera y la fiebre tifoidea, si las investigaciones se hubieren dirigido á las heces fecales, quizás sabríamos su modo de contagio y podríamos aplicar los medios adecuados para impedirlo. 3ª La fiebre amarilla se acompaña de albuminuria, producto de una nefritis infecciosa; es singular que existiendo una nefritis de esta naturaleza no se haya encontrado ningún micro-organismo en el riñón, siendo este, como dice Bouchard, la vía de eliminación de los elementos patógenos.— Quisiera que el Dr. Tamayo me ilustrase sobre estos particulares.

Dr. Tamayo: á las primeras frases del Dr. Montalvo, sólo puedo contestar con mi gratitud y atribuirlas más que al mérito de mi trabajo á la benevolencia con que lo ha oído.— He señalado la presencia de varios bacillus, y nó de uno, en el estómago de los que mueren de fiebre amarilla, pero el estado actual de mis investigaciones no me permiten asignarles papel patógeno.

La lesiones anatomo-patológicas más constantes son las del estómago, por eso estudio esta víscera detenidamente; es preciso investigar las materias vomitadas en distintos períodos de la enfermedad y el contenido gástrico después de la muerte; aislar y estudiar sus microbios, acrobios y anaerobios, y compararlos con los que existen en el estado de salud y en otras enfermedades.—Si esto no dá resultado continuaré con las demás partes del tubo digestivo y ya, en la actualidad, tengo aislados algunos micro-organismos de los intestinos mesentéricos.— He emprendido el estudio comparativo entre los estómagos de individuos del país, de los recien llegados y de los atacados, tropezando con el inconveniente de ser pocos los que en estado sano se dejan hacer el lavado de esta víscera.

Al Dr. Montalvo le estraña que nó existan microbios en el riñón; pues yo puedo decirle fundado en numerosos exámenes de córtes renales, que solo excepcionalmente se encuentran, y me explico su ausencia, que es lógica, dada la interpretación patogénica que he ex-

puesto en mi trabajo. La nefritis es indirecta; se origina por las ptomainas ó diastasas, que absorbidas en el tubo digestivo van á eliminarse por el riñón; si esos productos microbianos se absorben en pequeña cantidad, la fiebre amarilla no pasa de ser un catarro gastro-intestinal, como se vé en las formas benignas de la enfermedad. Esto explica lo variadas que son las lesiones renales en relación con la mayor ó menor intensidad de la toxi-infección. No debo entrar en detalles histológicos del riñón amarillo porque este es el tema de mi compañero de Laboratorio el Dr. San Martín y cuando él lea su trabajo verá el Dr. Montalvo confirmadas las ideas que acabo de indicar.

El Secretario leyó una moción en la que varios miembros del Congreso piden se permita á los estudiantes de medicina que hayan cursado la Patología asistir á las sesiones. — Fué aprobada por unanimidad.



TERCERA SESION.

(17 de Enero.)

El Dr. Zayas (Presidente) abre la sesión.

El Secretario, Dr. B. Saenz Yañez, dió lectura al acta de la anterior, que fué aprobada por unanimidad, después de haber hecho constar el Dr. Perna de Salomó, que no tuvo propósito de negar el orígen infeccioso del tétanos al combatir, en el trabajo del Dr. Méndez, el tratamiento que este empleaba en las erosiones consecutivas á la caida del cordón umbilical.

El Sr. Presidente: el Dr. Weiss tiene la palabra para leer su trabajo:

La estadística de la fiebre amarilla.

Por el Dr. Rafael Weiss.

En verdad, señores, que reina una confusión lamentable en lo que se refiere á la cifra de la mortalidad en fiebre amarilla: la aplicación de los nuevos tratamientos introducidos recientemente en la terapéutica de esta enfermedad terrible, ha dado lugar á la publicación de cifras, equívocas á mi juicio, que oscurecen notablemente el pronóstico de esta dolencia: verdaderamente se vé uno perplejo, si quiere responder con acierto á una pregunta ya vulgar que dirige á todo médico amigo el inmigrante á este país. ¿Qué mortalidad tiene la fiebre amarilla?... Esa pregunta encierra todo el problema de la estadística en

fiebre amarilla; problema obscurecido hoy hasta tal punto que casi es imposible hacer la luz en él. Los tratamientos se han variado y los resultados son completamente diferentes. El tratamiento antiséptico en manos de un profesor ha producido el 15 por 100 de mortalidad (Martínez); en manos de otro el 23 por 100 (Cabrera); á aquel le ha producido un resultado brillante (Bellver) y á uno más el 30 por 100 (Bueno). El tratamiento sintomático ha producido en manos de un profesor el 18 por 100 (Cabrera), y el tratamiento puramente espectante en manos de otro médico acreditado, el 15 por 100 (Cubas).

¿Qué significan estos hechos evidentemente contradictorios? Indudablemente la causa está en las estadísticas, en el modo de hacerlas, en los casos anotados. Durante mi internato de veinte meses en la casa de salud *Garcini*, sirviendo las clínicas de los Dres. Cubas y Cabrera, he podido estudiar detenidamente el asunto y convencerme que estos resultados, diferentes y aún contradictorios, no obedecen ni dependen más que de una estadística defectuosa.

Después de las leyes generales que regulan la formación de toda estadística, hay en las de la fiebre amarilla, leyes especiales que es preciso tener muy en cuenta para que el resultado final sea exacto: del descuido en estos especiales particulares resulta una lamentable diferencia en los resultados estadísticos; el triunfo de un tratamiento, el descrédito de otro, y la duda en el ánimo de los experimentadores.

En primer lugar, es preciso fijar una división metódica y clínica en las formas y variedades de la enfermedad para evitar la confusión en las denominaciones. La clasificación del Dr. Jaccoud parece ser la que mejor responde á las exigencias de la clínica; formas ligeras ó abortivas; formas comunes, con sus variedades hemorrágica, colémica y urémica y las formas siderantes.

En segundo lugar, hay que separar de la estadística las formas ligeras de la enfermedad como imputables al tratamiento; es evidente que dichos casos terminan siempre favorablemente con cualquier tratamiento racional, y aún con la espectación simplemente: solamente deben tenerse en cuenta para compararlos con años anteriores y posteriores y anotar su aumento ó disminución comparados con otros tratamientos. Por mi parte, he podido observar en mi internato, que el número de dichos casos permanece completamente indiferente al tratamiento; su frecuencia y disminución no guardan ninguna relación con el tratamiento empleado, sino con otras circunstancias de las que hablaré posteriormente. El ensayo es preciso hacerlo en las formas comunes y siderantes; ellas constituyen el campo positivo de la experimentación, y en ellas es donde hay que observar la influencia del tratamiento. Al estudiar las formas comunes, sería importante tener en cuenta la variedad clínica, porque este olvido daría lugar á deduc-

ciones inexactas. Las variedades clínicas de la forma común de la fiebre amarilla, no son igualmente frecuentes, ni igualmente graves. Independientemente de todo tratamiento, estas variedades se presentan en ciertas temporadas con señalada frecuencia y con extraña preponderancia; y pudiera atribuirse á un tratamiento la desaparición y disminución de un carácter clínico, cuando no es más que el efecto de la forma reinante. ¿Quién no recuerda borrascosas temporadas en las que la uremia arrebata el mayor número de enfermos, y en otras la frecuencia de formidables hemorragias? Con respecto á la variedad urémica, es preciso no confundir la uremia con la anuria, y no dar como urémicos los que han sido anúricos; pues en efecto, la uremia suele ser á veces frecuente en la fiebre amarilla, y la anuria, al contrario, un hecho raro: muchos, muchísimos enfermos mueren urémicos y comatosos, habiendo orinado hasta el momento mismo de la agonía; y muchos, en los que transcurrían ya veinte á treinta horas de la última micción, arrojan en los últimos momentos de la vida, 500 ó 700 gramos de una orina extraordinariamente densa, que parece miel, y sin embargo, mueren urémicos. La diversidad de los alcaloides urinarios y su diferente toxicidad explican racionalmente estas variedades de la forma urémica.

Después de estas observaciones con respecto á las formas generales, es preciso tener en cuenta los casos anotados. Indudablemente que no deben ser incluidos como resultado del tratamiento, sino los casos tratados desde el primero ó segundo día de la enfermedad: en las estadísticas publicadas pueden reunirse los enfermos en tres grupos: 1º enfermos que son sometidos al tratamiento después del cuarto ó quinto día y algunas veces al sexto ó séptimo día: en algunos, á las doce ó veinte horas del tratamiento, cuando ya llevaban seis ó siete días de enfermedad, cae la fiebre y se inicia la convalecencia; dichos casos no pueden ser considerados ni como éxitos, ni como fracasos; la injusticia es evidente: hay un segundo grupo de enfermos que empiezan á ser tratados al sexto ó séptimo día; la enfermedad se prolonga hasta los diez y trece días; pues bien, estos casos no deben incluirse tampoco, porque en ellos no se asiste ya á la verdadera fiebre amarilla, sino á las lesiones determinadas por la infección y á su reparación, y no las alcanza un tratamiento local. En tercer lugar, enfermos que son tratados desde el primero y segundo día; estos son indudablemente los únicos que deben tenerse en cuenta; en ellos es en donde es posible deducir, sin error ni inexactitud: formas comunes y sideranles tratadas desde el primero ó segundo día, son las que deben incluirse en una estadística racional de fiebre amarilla. En la estadística figura con razón la ley de los grandes números, como condición general, de un valor importantísimo; sólo de ellos es posible deducir aproximadamente

á la verdad, en lo que se refiere á la fiebre amarilla; esta gran ley reviste una importancia trascendental, con una especialidad que le dá un aspecto original: no solo es preciso aquí observar hechos numerosos, sino además, observar durante largos períodos de tiempo: en un trabajo sobre fiebre amarilla que la *Revista de Ciencias Médicas*, me hizo el honor de publicar el año antepasado, insistía yo sobre esta particularidad de la fiebre amarilla, que presenta años de notable benignidad y años verdaderamente crudos; de unos á otros la estadística puede variar en un 20 y aún un 30 por 100 de mortalidad: este es un hecho vulgar que hace evidente las cifras publicadas por mi amigo el Dr. Emilio Martínez, en la *Revista de Ciencias Médicas*, tomadas del archivo del Hospital de San Felipe y Santiago, hoy Nuestra Señora de las Mercedes. En efecto, la mortalidad desde 1882, término medio anual, es el siguiente:

1882	33.5	por	100
1883	42.1	»	»
1884	41.6	»	»
1885	60.0	»	»
1886	60.7	»	»
1887	56.0	»	»
1888	47.2	»	»

Pero hay algo más especial todavía en fiebre amarilla, prescindiendo de la diferente gravedad que reviste la enfermedad en el verano ó en el invierno; me refiero á las variaciones notables que sufre en un período de tiempo más reducido, á lo que el Dr. Cabrera llama *rachas* en la fiebre amarilla, y de las que en mi trabajo citado hablé detenidamente; variaciones en la virulencia del microbio, sin duda, pero que no pueden todavía hoy recibir una clara explicación. *Rachas buenas* con una mortalidad mínima y *rachas malas* con una cifra extraordinaria: y citaba en apoyo de ello, además de la creencia general de los que estudian la enfermedad, las cifras de mortalidad en la Quinta de Garcini durante varios períodos del año 1888.—Mayo, 62 por 100; Junio y Julio, 0 por 100; Agosto, 62 por 100 y Setiembre, 7 por 100.

En el hospital de San Felipe y Santiago, sala de San Pedro, en el año 1882, el Dr. Cabrera, ha observado los hechos siguientes: mes de Julio y Agosto 51 enfermos tratados, formas comunes: muertos 5, ó sea 10 por 100; meses de Mayo y Junio, 20 tratados: muertos 9, ó sea 45 por 100; en Abril 4 tratados y 4 muertos.

Este hecho que conocen perfectamente los que estudian la enfermedad, imprime un carácter especial á la estadística; esto es, que debe comprender no solo grandes cantidades de números, sino además abarcar grandes períodos de tiempo, por lo menos dos años; pues una cifra favorable ó adversa, deducida del resultado final de un año, y que puede

ser tomada como la expresión de la verdad, aún abarcando un número de hechos considerable, sería contradicha al siguiente con una mortalidad exorbitante ó mínima. Pues bien, variación en la mortalidad, en períodos breves de tiempo, constituyen el auge inmerecido de un profesor ó de un medicamento ó su injusto descrédito, circunstancia que es preciso tener en cuenta cuando se quiere deducir en fiebre amarilla: así por ejemplo, el Dr. Emilio Martínez, en su artículo de la *Revista de Ciencias Médicas*, ha deducido que el tratamiento del Dr. Geo Sternberg, ensayado en 44 casos, había producido una mortalidad mínima, no alcanzada por el tratamiento sintomático en un período de ocho años, puesto que aquel había producido un 15 por 100 de mortalidad, cuando las cifras de éste se elevaban á 47,56 y aún á 60 por 100: pues bien, la deducción del Dr. Martínez, no es lógica; primero, porque las cifras tomadas del tratamiento sintomático, son medias anuales y las del estado antiséptico abarcan solamente un período de noventa días, y ya hemos establecido anteriormente las variaciones notables en la mortalidad que sufre la enfermedad, no solo de un año á otro, sino en los diferentes períodos de un mismo año; así sus cifras sólo pueden compararse con otras observadas en un mismo período de tiempo, y aprovechando el recurso de su argumento, podemos oponer la cifra del 10 por 100, alcanzada por el Dr. Cabrera el año 1882 en 51 enfermos, tratados los meses de Julio y Agosto en la sala de San Pedro en el hospital de San Felipe y Santiago. Adviértase que en esta estadística no incluimos sino los casos tratados desde el 1º, 2º y 3º día de enfermedad, y que son todos formas comunes, esto es, variedades hemorrágicas, urémicas y colémicas; que si despojamos de la estadística del Dr. Martínez, los casos ligeros, para igualar las estadísticas, tendremos 33 tratados con 7 muertos, ó sea un 21 por 100; aún admitiéndola como la publica él, resulta su cifra 15 por 100 obtenida por el tratamiento antiséptico del Dr. Sternberg, muy inferior á la de 10 por 100 obtenida por el Dr. Cabrera en el mismo período de tiempo sobre un número mayor de casos, 51 en contra de 44.

Pero se me podía argumentar aprovechando mis frases anteriores, que aquella era una racha benigna y esta una *mala racha*, mucho más cuando hay una diferencia notable de tiempo en ámbas estadísticas: para salvar este argumento opondré á las cifras del Dr. Martínez, cifras más recientes, esto es, cifras contemporáneas: sus casos han sido tratados durante los meses de Junio, Julio y Agosto de 1889; pues bien, durante los mismos meses de Junio, Julio y Agosto han sido tratados en la Quinta de Garcini, en las clínicas de los Dres. Domingo Cubas y Francisco Cabrera, 67 enfermos con 13 muertos, que arrojan una mortalidad de 19 por 100; durante el mes de Agosto que abarca el mayor número de sus casos, han sido tratados 32 enfermos con 5 muertos, lo

que arroja un 15 por 100 de mortalidad: 16 de estos enfermos han sido sometidos por el Dr. Cabrera á un tratamiento antiséptico tambien, aunque diferente al del Dr. Sternberg, pues descansaba en el uso del naftol *B*, asociado al bicarbonato de sosa; esta cifra parece venir en apoyo de las ventajas obtenidas por el tratamiento antiséptico, pues coinciden ámbas cifras; pero durante el mismo mes han sido sometidos igual número de enfermos á un tratamiento simplemente espectante, excepto la administración de un vomi-purgante el primer día, por el Dr. Cubas en la misma Quinta y ha obtenido tambien una cifra idéntica: 15 por 100... ¿Qué deducir de estos hechos?... En primer lugar, que para deducir en la estadística de fiebre amarilla, es preciso no solamente observar grandes números, sino tambien grandes períodos de tiempo: y en segundo lugar, que los casos observados por el Dr. Martínez, pertenecen á una *racha benigna* de la fiebre amarilla, y que no permiten una conclusión favorable al tratamiento antiséptico, pues la misma cifra ha sido obtenida con el tratamiento sintomático y con la espectación simplemente. ¿Se debe concluir de aquí en la inutilidad del tratamiento antiséptico?... mejor dicho, ¿qué resultados positivos produce el método antiséptico, tal cual hoy se emplea en la fiebre amarilla? En primer lugar, hay que distinguir según la sustancia empleada: las preparaciones mercuriales, especialmente el bicloruro y el biyoduro, tienen un gran poder antiséptico; pero son rápidamente transformados en productos solubles por los jugos estomacales y absorbidos en el acto, lo que disminuye naturalmente su coeficiente de antisepsia; el poder antiséptico de una sustancia no es una cualidad absoluta ó intrínseca, sino en las superficies inertes de los laboratorios; en las superficies vivas orgánicas, esta cualidad es relativa; la modifican poderosamente las transformaciones que le hacen sufrir los líquidos orgánicos de la economía, y la capacidad y extensión de las superficies absorbentes: el poder antiséptico resultante ó final de una sustancia, está en razón inversa de su solubilidad y de la capacidad de absorción y la extensión de las superficies sobre que actúa: la transformación inmediata de las preparaciones mercuriales en sustancias solubles y su rápida absorción, con la extensión inmensa de la superficie absorbente, constituyen una gran desventaja para ellas, bajo el punto de vista de su valor antiséptico final; estas condiciones, unidas al coeficiente de toxicidad tan notable que las caracteriza, obligan al uso de dósis sumamente pequeñas, las que naturalmente resultan insuficientes en la práctica; dichas dósis no pueden elevarse como las circunstancias lo exijen, sin que se vean aparecer prontamente los fenómenos generales de una intoxicación peligrosa, que en el caso particular de la fiebre amarilla resulta una intoxicación grave; pues además de las susceptibilidades individuales que interesa no olvidar, hay lesiones de toda la

mucosa gastro-intestinal, de las diferentes vísceras y del sistema nervioso, sobre las que dichas sustancias ejercen su acción tóxica electiva; traduciéndose por la exageración en intensidad y duración de algunos síntomas de importancia, que son, á no dudarlo, producidas por la intoxicación; me refiero á las hemorragias gingivales, á las melenas ó enterorragias y algunas convulsiones semejantes á las de la epilepsia Jacksoniana. En la dósis habitual de 1 á 2 centígramos en las veinticuatro horas resultan completamente insuficientes, como posteriormente lo probará el estudio clínico de los enfermos.

El Naftol β, últimamente introducido en la terapéutica de la fiebre amarilla, tendría mayores ventajas que las preparaciones mercuriales, dada su menor solubilidad y su gran coeficiente tóxico, si no fuera diez y seis veces menor su poder antiséptico; así es que en la práctica resulta tambien insuficiente bajo el punto de vista de la antisepsia gastro-intestinal; mucho más, cuando todo el mundo conoce la virulencia tan extraordinaria de las ptomainas ó diastasas amarillas; en efecto, la bacteria del vómito negro puede competir en virulencia con la del cólera epidémico. Sería preciso encontrar una sustancia que á un fuerte poder antiséptico, reuniera la condición de atravesar el tubo gastro-intestinal sin ser absorbida grandemente, casi inerte; en este caso la desinfección se haría totalmente y sin el riesgo de intoxicación.

Se puede afirmar que la desinfección ó antisepsia estomacal se hace bastante regularmente con las preparaciones mercuriales y con el naftol β; en los casos comunes, no se ven esas epigastralgias intensas y esas borras tan abundantes que se observan en algunos no sometidos al tratamiento; en algunos casos, estos dos síntomas locales sufren una influencia notable, esto es indiscutible; pero en muchos casos, especialmente en las formas siderantes, dichos dos signos son muy poco ó nada influenciados; se comportan exactamente igual á los casos sometidos al tratamiento sintomático y á la espectación; la antisepsia intestinal no se hace en la fiebre amarilla ni con el mercurio, ni con el naftol: el dolor abdominal, las melenas frecuentes y abundantes, los fenómenos generales graves de la infección, permanecen invariables, á pesar de la antisepsia estomacal; si las dósis del mercurio se elevan, se ven aparecer enterorragias graves, hemorragias gingivales, exudación hemorrágica de la mucosa lingual y convulsiones localizadas á los miembros toráxicos, que denuncian la intoxicación mercurial; si las dósis de naftol se elevan también, el vómito las devuelve en seguida; su acción local sobre las mucosas, explica racionalmente este fenómeno. Como estos caractéres clínicos lo demuestran y como la estadística lo comprueba, queda la más extensa porción del tubo digestivo sin sufrir los beneficios de la sustancia antiséptica. Toda sustancia que no

satisfaga las bases que hemos establecido, resultará completamente insuficiente.

En cuanto á la variedad urémica, puede asegurarse que no ha sido este año su reinado; con cualquier tratamiento indistintamente, las variedades predominantes han sido la hemorrágica y la colémica; la anuria no la hemos observado en «Garcini» más que una sola vez; los casos urémicos habidos, han orinado expontáneamente ó con el catéter hasta el momento de la agonía, lo que debe atribuirse quizás, á la medicación alcalina asociada comunmente al mercurio ó al naftol, de la que no debe, sin embargo, abusarse, pues puede ser que no esté ella desprovista de toda participación en la producción de las hemorragias y especialmente las hemorragias gingivales y linguales.

La mortalidad general en todo el año, en 146 casos, ha sido de 23 por 100; el año de 1888 de 27 por 100: lo que establece un promedio en los dos años de un 25 por 100. Como se ve por estos datos, deducidos de dos años completos de fiebre amarilla y que comprenden un total de 300 casos aproximadamente, la cifra de la mortalidad total, el 25 por 100, resulta muy inferior á las antiguas cifras de 40, 50 y 60 por 100 anuales. Este resultado depende, á mi juicio, de dos razones: primera, con el empleo de los nuevos métodos de tratamiento, ha nacido en los experimentadores el estímulo, y se ha establecido una competencia entre las buenas cifras; los médicos ven á sus enfermos de hospital y de casas de salud dos y tres veces al día, durante el período de gravedad; los directores de dichos establecimientos se han interesado en el resultado, los internos se esmeran, hasta los practicantes y los enfermeros se han hecho partícipes en la contienda: resultado, las condiciones de los enfermos han mejorado notablemente con la multiplicación de los cuidados; yo os aseguro que en la Quinta de «Garcini,» en la estación amarilla, un enfermo de vómito es el enfermo más interesante de la casa; tiene á su alrededor, en actividad constante, á todos los médicos y á todos los empleados.

La segunda razón estriba, á mi juicio, en el uso casi sistemático del vomi-purgante el primero ó segundo día de enfermedad, con objeto de lavar el tubo gastro-intestinal, localización primera del mal, según las tendencias de las nuevas investigaciones: dicha práctica, como lo asegura el Dr. Cabrera y Saavedra, una persona autorizada en lo que se refiere á clínica de fiebre amarilla, ejerce una influencia favorable sobre la marcha del mal, manteniéndolo, en una escala inferior de gravedad; comparando la marcha de estos casos con los no sometidos á dicha medicación, se observa un descenso en la línea general de gravedad, lo que está en relación con la localización primitiva gastrointestinal del mal. Así ha venido la investigación científica á consagrar la práctica rutinaria del pueblo, del aceite y del limón y á justi-

ficar el aforismo de nuestro venerable sabio el Dr. D. Felipe Poey. «Todo dicho ó costumbre vulgar tiene su fundamento científico.»

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Bellver.

El Dr. Bellver: Son muchos los particulares que ha de tratar, y no pareciéndole suficientes los cinco minutos que concede el Reglamento, suplica que se le permita extenderse algo más.

El Sr. Presidente: no es posible acceder á la súplica de S. S.

El Dr. Bellver: renuncia al uso de la palabra.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Moreno de la Torre.

El Dr. Moreno de la Torre: entre otros particulares dignos de discusión, señala dos de suma importancia: 1º, la transformación del bicloruro de mercurio en protocloruro por el jugo gástrico, fenómeno químico, que según los clásicos, se verifica de un modo inverso, trasformándose el protocloruro ingerido, en bicloruro; 2º, la producción de hemorragias, que el Dr. Weiss atribuye al tratamiento por los antisépticos y alcalinos. En su concepto, este accidente es clásico en los enfermos de fiebre amarilla: se presenta por todas las vías y debe imputarse á la naturaleza infecciosa del proceso antes que á la acción de los medicamentos empleados.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Tamayo.

El Dr. Tamayo: hace referencia á la desinfección del tubo intestinal, que á su juicio es imposible. Toda la aspiración del práctico ha de limitarse á variar las condiciones locales, transformando el medio en que se desarrollan y multiplican los microbios. Señala la importancia que tiene la administración de sustancias insolubles que no lleguen á alterarse por el contenido intestinal, y menciona las ventajas del salol, que ha empleado en pastillas, unido al bicarbonato de sosa y ácido cítrico.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Weiss para replicar.

El Dr. Weiss: contesta al Dr. Moreno, que ha habido un *lapsus* respecto al primer punto de su argumentación, y en cuanto al segundo, que si bien es cierto que las hemorragias se presentan expontáneamente en la fiebre amarilla, está léjos de ser así en todos los casos, como sucede tambien con la albuminuria, que no es constante. Por otra parte, de sus estudios comparativos, deduce, la frecuencia ó agravación de las hemorragias en los enfermos sometidos al tratamiento por los mercuriales.

Al Dr. Tamayo manifestó que se halla de acuerdo con él, respecto al valor que se ha de dar al término desinfección, cuyo sentido abrasa, no solo la idea de destruir los micro-organismos, sino tambien, la de esterilizar el medio en que estos germinan. Cuanto al salol, su experiencia es nula, por no haberle usado; cree sin embargo, que á pesar de ser poco soluble, tiene un escaso poder antiséptico.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Semprun para leer su trabajo:

Sobre la conveniencia de ensayar un nuevo modo de tratamiento en la fiebre amarilla.

Por el Dr. Eduardo Semprun.

Sr. Presidente: Sres.: dejando á un lado preámbulos enojosos que, por otra parte, repele la índole concisa de esta clase de trabajos, me limito á reclamar la atención del Congreso sobre un punto doctrinal, orígen aún de vivísima discusión y de la más alta importancia clínica, cual lo es indudablemente el que se relaciona con la significación etiológica de los procesos infecciosos, su fisiología patológica y por ende su terapéutica experimental; desgraciadamente, después de lo descubierto y publicado en estos últimos años, poco de original y nuevo me resta que añadir, y á mayor abundamiento, el Congreso tiene ó tendrá á gran dicha oir las pacientes cuanto hábiles y prolijas investigaciones emprendidas por mi querido amigo é ilustradísimo colega el Dr. Tamayo, con una constancia, abnegación y celo, dignos de mejor fortuna.

Así pues, solo como preliminar obligado y en cierto modo exijible al que viene á vosotros en demanda de luz para una idea nueva y pide vuestra cooperación si la juzgais provechosa; entendiendo que en asunto tan grave como lo es siempre proponer cualquier medida terapéutica, hay que dar estrecha cuenta ante las leyes fisiopatológicas de como se subordina á ellas, en el laboratorio y en la clínica, sin torcer el cauce de los hechos, el criterio inductivo que enlaza *á priori* la generación de una idea y su razón experimental; solo, repito, como exposición ineludible del orden de hechos que motiva la concepción fundamental de mi trabajo, he de esplanaros siquier sea brevemente y de mi propia cosecha, como juzgo yo el proceso cuyo tratamiento, en la parte que me atañe, tengo el honor de someter á la alta consideración del Congreso.

Bajo el punto de vista patogenético la fiebre amarilla debe ser clasificada en el grupo de las llamadas *Toxihemias.*

El elemento directa y primitivamente atacado es la sangre, traduciéndose el daño en los primeros momentos por una sobreoxidación de la hemoglobina del glóbulo rojo, al reaccionar sobre este el agente tóxico absorbido, que acelerando las combustiones orgánicas, provoca desde luego y bruscamente el estado *reaccionario febril.*

Esta sobreoxidación dá por resultado inmediato el desdoblamiento de la hemoglobina en hemato-cristalina, sustancia que apoderándose

de una parte de los álcalis del plasma deja en libertad cierta cantidad de albúmina combinada con ellos en forma de albuminatos alcalinos, y hematina, que trasformándose lentamente en hematoidina y sus derivados, pigmentos análogos al biliar, dará lugar más tarde á una ictericia hematógena; pero no es esto solo, sobrecargada en efecto la sangre arterial de un exceso de ácido carbónico que representa el equivalente atómico del carbono quemado pierde parte de sus propiedades vitales y con ellas la facultad que posée la sangre normal de mantener disuelta en el plasma, la plasmina, sustancia que, como se sabe, produce al ponerse en libertad por la acción de un fermento protéico contenido en la sangre, la fibrina; como en la naturaleza, las causas y los efectos se equilibran armónicamente, el destino de esta fibrina, de constitución molecular especialísima, no puede ser otro sino el de suministrar á los órganos hematopoyéticos el material protéico que necesitan para regenerar aprisa el número de glóbulos rojos que se destruyen más aprisa aún. Si en este momento las vías de absorción cerraran sus puertas al agente tóxico, no permitiendo que pasara ni un átomo más de este al torrente circulatorio, ó el poder oxidante del mismo se neutralizara químicamente, ó se lograra, en fin, expulsarle completamente del organismo, todavía sería posible restituir á su integridad primitiva el dinamismo molecular de la sangre y por ende, la reparación fisiológica de todas las funciones que estuvieron comprometidas, ó lo que es lo mismo: la vuelta rápida y completa al estado de salud.

En efecto; si se admite este modo de interpretar la patogénesis de los síntomas que constituyen lo que con gran propiedad se ha llamado período inflamatorio de la fiebre amarilla y se acepta la naturaleza química del agente morboso, se concibe fácilmente, en el caso que hemos supuesto, como no habiendo sufrido en su nutrición lesión duradera y profunda los órganos hematopoyéticos, pueden restaurar á la sangre un número equivalente de glóbulos sanos, miéntras la fiebre misma se encarga de desembarazarla del exceso de ácido carbónico acelerando los movimientos respiratorios y haciendo posible otra vez la solución en el plasma del fermento fibrino-plástico, condición esencialísima para la reparación del líquido sanguíneo. Hagamos notar de paso, que dentro de la benignidad del caso que hemos supuesto, por acción insuficiente del tóxico, cabe esplicar el aparato sintomático del primer período ó inflamatorio subordinando su intensidad á la de la dósis absorbida; en efecto: la acción química del referido agente debe empezar desde el momento que las raicillas venosas del estómago y el linfático central de las vellocidades intestinales (lugares ámbos donde probablemente se produce y deposita el veneno) le franquean de golpe la entrada al torrente circulatorio, entendiéndose que una dósis A de

dicho agente se destruye al producir un número A de glóbulos sobreoxidados. Sobreoxigenada la sangre determina desde el primer momento la hipertermia, un poco por el aumento en las combustiones orgánicas y mucho más por el intermedio del sistema nervioso, estimulando la acción vaso-dilatadora de ciertas fibras sensitivas ó bien paralizando los vaso-constrictores del simpático; de aquí la brusca y alta elevación de la cifra térmica con repleción de los vasos que puede hacerse muy visible en los órganos delicados y trasparentes como la conjuntiva ocular y el dermis mucoso de la piel de la cara y parte anterior del cuello, constituyendo uno de los síntomas más característicos del síndrome morboso que inicia el padecimiento. Por otra parte, la rápida desfibrinación del plasma, esplica la tendencia de la sangre á estravasarse sobre todo en aquellos puntos en que solo protege á los vasos una delgada capa epitelial, máxime si como sucede en la mucosa gingival se halla macerada aquella por las secreciones ácidas que los fermentos determinan en el líquido salival; finalmente, el ligero exceso de albúmina libre contenido en la sangre, cambiando de estado molecular, es atraido y dializado por el epiteliun renal, apareciendo *precozmente* en la orina, por lo menos desde el segundo día siquier sea en forma de leves indicios y abstracción hecha de la benignidad ó gravedad del caso; siendo esto un hecho teóricamente previsto y confirmado *á posteriori* en la práctica, merced á cuidados especiales en el análisis de las orinas, de los que nos ocuparemos en un trabajo aparte, y á la confección de un reactivo estremadamente sensible, y constituyendo por lo tanto esta forma de albuminuria un síntoma patognomónico al que damos un valor absoluto para la certeza del diagnóstico.

Ahora bien: supongamos que incesantemente se absorben é ingresan en la sangre nuevas dósis del veneno; ciertamente, los glóbulos destruidos seguirán siendo reparados, pero solo por el tiempo que esta sangre viciada sea capaz de sostener la nutrición de los órganos hematopoyéticos; la irritabilidad de estos determinará al principio mayor cantidad de trabajo y el exceso de glóbulos producido servirá de última reserva al organismo en la lucha sin tregua que viene sosteniendo; más, pronto sobrevendrá el cansancio y tras este, paralizados los cambios intersticiales, el agotamiento funcional de las glándulas linfógenas; alcanzado este límite, la destrucción orgánica se hace inevitable; una sangre cuyos glóbulos despues de sufrir una alteración química profunda, cuya realidad puede hacerse patente en calidad y medida por procederes espectroscópicos como el de Henoque, mucho más exactos que los empleados hasta el día por los otros observadores que nos han precedido; una sangre, digo, cuyos glóbulos así alterados no se renuevan, solo sostendrá la economía por tiempo muy corto y gracias que pueda emplearse aportando los últimos y escasos materiales de que

dispone, en sostener aquellos centros cuyo funcionamiento malo ó bueno, es indispensable aún en los momentos en que se extingue la vida.

Nuestra hipótesis patogénica adaptada rigurosamente á la observación de los fenómenos clínicos, establece, pues, un círculo completo entre los órganos hematopoyéticos y la sangre, subordinando á su categoría y creyendo secundarias las múltiples manifestaciones de lesión y de función que provocan todo el aparato sintomático.

Pasemos ahora para comprender mejor las razones aducidas en apoyo de esta doctrina, á otro órden de consideraciones de las que hemos prescindido hasta este instante para mayor claridad de la exposición de los hechos; dichas consideraciones recaen sobre los fenómenos interesantísimos que tienen lugar y se desarrollan en toda la extensión del tubo digestivo.

Nadie, señores, osará poner en duda, como en la mayoría de los casos, las causas que tienden á hiperemiar la mucosa digestiva y preparan el terreno á una infección local cuyo gérmen ya existía, abren, por decirlo así, el surco en cuyo seno se ofrece á la semilla, material abundante para su reproducción y crecimiento; el frio, los alcohólicos, las ingestas etc., son á menudo factores que juegan un papel etiológico importante en esta primera etapa del proceso infeccioso que nos ocupa; de otra parte, todos convenimos de buen grado en lo mucho que de específico tienen las materias vomitadas, reconociendo que siempre hay en más ó en menos, grosera ó íntimamente unida á ellas, sangre estravasada, recientemente vertida ó alterada y como digerida por los jugos glandulares; allí donde la clínica juzga que los síntomas primeros corresponden á una inflamación violenta del tubo digestivo, la autopsia pone de manifiesto en la mucosa tumefacta del estómago, á través de sus pliegues salientes, perdido casi del todo su revestimiento epitelial y acribillada á puntitos como otros tantos sacabocados de redondas ulceritas, una fina inyección de los vasos, formando elegantes redes que denota cuan intensa debió ser en vida la hiperemia visceral. El exámen histológico con su finura de percepción detalla delicadamente la estructura de estas lesiones, pero no deja entrever otras y ménos que ninguna, la rápida degeneración grasosa que se asegura haber encontrado por otros observadores; en todo caso, este hecho, dada su inconstancia, no pudo declararse como expresión biológica del sufrimiento celular, sino como su resultado, es decir, uno de los modos que aceptan las células al perecer; es pués, simplemente, la degeneración grasosa, cuando se encuentra, no una metamórfosis biológica sino un fenómeno cadavérico. Lo mismo decimos del hígado y el riñón sin más escepción á favor de este, que la salvedad de existir repletos algunos cilindros por coágulos fibrinosos en algunos casos, haber observa-

do en otros una nefritis conjuntiva de formación embrionaria y en muchos la ausencia de estas lesiones, y sí solo la dilatación de los glomérulos con tumefacción turbia de las células, signos que corresponden á la inflamación renal de naturaleza congestiva; así se esplica como á veces la micción no se dificulta mientras en otras su rareza se estrema hasta llegar á la anuria.

Acentuan el relieve de estos hechos cuando se abordan de frente, las dificultades del problema etiológico, la imposibilidad de obtener culturas con la sangre de los enfermos, pese á lo asegurado en contra por el Dr. Finlay, cuya aserción ha sido ya refutada experimentalmente por el hábil bacteriólogo Dr. Tamayo, imputándola á la falta de precauciones asépticas; la ineficacia de las inoculaciones por los medios conocidos, bien que esté todavía por llenar el vacío que se advierte en esta parte de la patología experimental tendiendo en la actualidad nuestros esfuerzos á unificar las experiencias estudiando nuevos procederes y métodos de cultivo, y la ausencia, en los innumerables cortes de tejidos que por todas las técnicas conocidas hemos examinado, de todo micro-organismo, escepción hecha de un bacilo hallado una sola vez en el tejido conjuntivo subyacente á la capa glandular de la mucosa del estómago.

Lo que hasta hoy arroja de más interesante la Bacteriología, esta hermosa ciencia del porvenir que no sin trabajo se deja arrancar sus secretos, se refiere sin duda, si los hechos resultan ciertos, al bacilo encontrado por Paul Gibier en el contenido intestinal y del estómago; este bacilo que sin ser cromógeno, colora en negro el medio ambiente esplicaría muchas cosas, pero, desgraciadamente, ni en las manos de Sternberg ni en las nuestras, ha mostrado una vez más la facultad colorante graciosamente revelada á Paul Gibier é inútilmente hemos procurado aislarle; y sin embargo, señores, con el resultado adverso de las investigaciones emprendidas, contrasta asombrosamente la intuición rayana en evidencia clara y positiva de la naturaleza tóxica de la infección y su localización gastro-intestinal; nace este convencimiento de que en las ciencias experimentales y á la vez de observación, es preferible aceptar una hipótesis racional cualquiera, por dudosa que sea, antes que abandonarse á una indiferencia ruinosa, echándose en brazos de la ciega rutina; yo confieso por mi parte, que doy gran valor á esta clase de convicciones, que son á los actos intelectuales, como la levadura misteriosa del pensamiento, pues llevan en sí la fuerza plasmante que incita á nuevas formas el embrión de la idea y representan casi siempre los primeros rudimentos de una verdad entrevista.

No creo, de acuerdo con la Clínica y esperando la sanción del laboratorio, que debe atribuirse el proceso etiológico de la fiebre amarilla á un germen animado evolucionando en los tejidos al modo que

lo hacen los reconocidos hasta hoy como verdaderamente patógenos; en cambio, afirmo la excelencia del tratamiento antiséptico del tubo digestivo, por ser este el verdadero receptáculo del veneno zimógeno desarrollado en él, según vemos, por la acción de múltiples concausas y único al que, en nuestro juicio, es imputable toda responsabilidad en este extraño proceso; para que este pueda desarrollarse se necesita, en efecto, un trabajo prévio al que concurren la infinidad de bacilus, micrococcus, torulas y saprofitos hallados en los líquidos del estómago é intestinos, principalmente el *monas crepusculum*, y un bacteriun parecido al termo que licúa en 16 horas la gelatina; ahora bien: este trabajo no se realiza sino á condición de que circunstancias accesorias determinen de antemano la hiperemia de la mucosa gástrica y este exceso de riego sanguíneo con un plasma de intenso poder fibrinógeno, que sólo se encuentra en los individuos no aclimatados, suministre á los jugos glandulares una aptitud especial para que prospere en ellos el cultivo de los organismos mencionados; si esta condición se cumple, ocurre entónces que por la acción de un fermento diastásico de secreción microbiana, son digeridas las células epiteliales formándose nuevos productos que son nocivos y hacen perecer las nuevas generaciones; mas, ya á este tiempo la corrosión epitelial ha provocado extensas sufusiones hemorrágicas y una finísima trabazón fibrinógena aprisiona en sus redes, los detritus de células muertas, muchas de las cuales han sufrido la infiltración melanógena, y los infinitos organismos que pulularon en ellas; fórmase entónces como una falsa membrana que tapiza el epiteliun exulcerado casi próximo á la capa glandular de la mucosa, y á partir de este instante, es cuando tiene lugar la verdadera infección.

Esta, á nuestro juicio es realizada por un vibrión-fermento, esencialmente anaerobio, que solo puede vivir una existencia caduca al abrigo de esta especie de falsa neo-membrana; sabido es, en efecto, cuán pequeño número de estos vibriones basta para provocar en muy poco tiempo una putridez intensa al abrigo del oxígeno, elaborando productos altamente tóxicos, y nada más abonado para desarrollar esta fermentación que el material pectógeno de los folículos gástricos y las otras glándulas del estómago é intestino. Entonces y merced al desarrollo activo de una ptomaina especial, sobreviene el envenenamiento que pone al plasma de la sangre en condiciones tales de fluidez que no sirve para la reparación orgánica y acontecen esas hemorragias que añaden á las borras su aspecto híbrido y confuso. No tienen, pues, para mí unas y otras, sino la significación que se desprende de los hechos que acabo de referir.

Consecuente con estas ideas y siendo llegada la ocasión de concretarme al objeto especial de mi trabajo, he de proclamar muy alto que

no reconozco otra indicación como base del tratamiento sino la desinfección enérgica del tubo digestivo; sólo á este título han podido ser muy útiles y seguirán siéndolos, las sales de quinina, el ácido salicílico y sus derivados, el naftol y el percloruro de hierro; sobre todo si son precedidos de una dialización rápida por el sulfato de sosa; reconozco la importancia de estos medios, mas no me satisface del todo su coeficiente antiséptico, abrigando la convicción de que bajará la mortalidad á medida que podamos hacer más completa la asepsia y más rápida la desinfección.

El sublimado corrosivo mismo, si detiene el desarrollo de los esquizomisetos, está probado que se necesitan dósis muy altas para detener las fermentaciones zimógenas; ahora bien: resulta óbvio que la dósis tóxica y antiséptica se tocan; por consiguiente su empleo en la dósis que propone Paul Gibier resulta completamente ilusorio.

Pugnando en nuestra mente por resolver este problema, nos ocurrió la idea de ensayar el ácido sulfuroso á dósis moderadas y en forma gaseosa valiéndonos de la inyección por el recto.

Al principio nos hemos valido de la sonda rectal enchufada al extremo de un tubo flexible que recibía el gas después de bien lavado y seco, haciéndole atravesar por agua saturada de ácido sulfuroso y piedra pomez embebida en ácido sulfúrico; con este engorroso aparato nos hemos asegurado por multitud de experiencias fisiológicas y alguna que otra vez en pacientes de diversos afectos, de que se puede impunemente sin traspasar la dósis terapéutica, inyectar en una sola sesión de 1 á 2 y ¼ decímetros cúbicos, manifestándose sólo en esta última dósis, un ligero espasmo abdominal que no tarda en desaparecer.

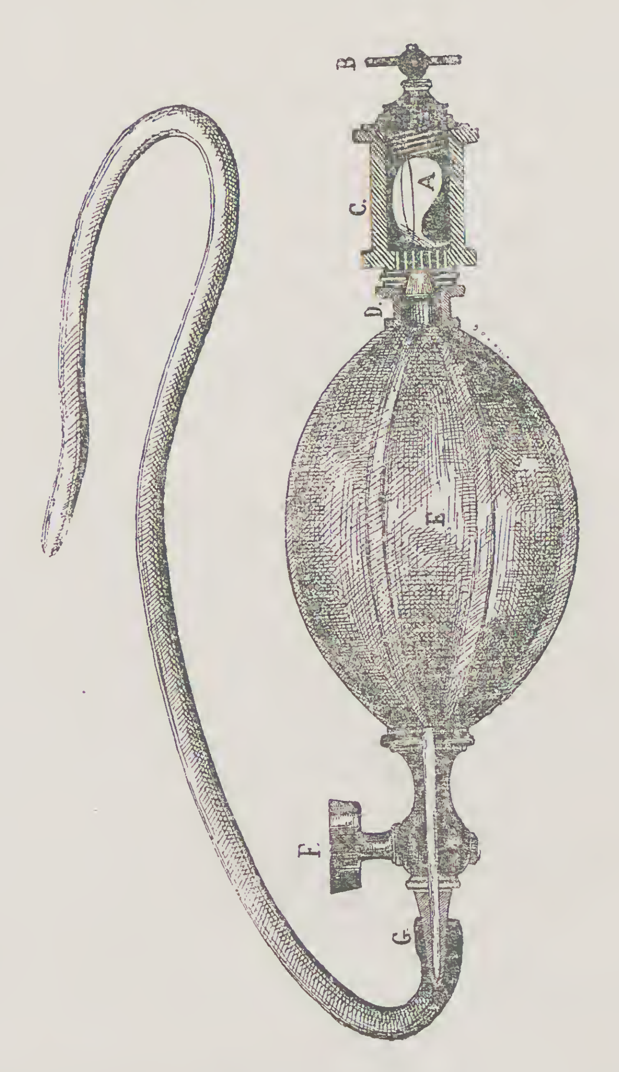
Lamentamos mucho no haber tenido ocasión de emplearlo sino en un solo caso ocurrido en Matanzas el mes de Septiembre próximo pasado, en que hubo siete invadidos, de los cuales uno falleció al cuarto día, sin que llegásemos con oportunidad para aplicar nuestro aparato; cinco fueron leves, que estaban en convalecencia, y el último, gravísimo, bastó una sola sesión para mejorarle notablemente, debiendo apuntar la curiosa circunstancia de que convaleció más rápidamente; y el tinte ictérico aunque muy acentuado, fué de menos duración también.

En lo sucesivo me propongo salvar los inconvenientes de emplear este aparato no portátil y de difícil manipulación, por el que se representa en la figura que acompaña este original, de uso tan cómodo y fácil, que simplifica mucho el procedimiento.

No es más que una pera de inyección, uno de cuyos polos lleva una llave de paso que enchufa exactamente en la sonda rectal; precede á esta llave una válvula automática que modera la brusca espansión del

Aparato para las inyecciones rectales de ácido sulfuroso en la fiebre amarilla.

Tres octavos del natural.



E. Pera de inyección. B. Manubrio del émbolo dentado que entra á rosca en el cilindro C. A. Ampolla de cristal cerrada á la lámpara que contiene el ácido sulfuroso líquido. C. Cilindro de acero empavonado y pulimentado interiormente. D. Válvula que se abre de fuera á dentro. F. Llave de paso. G. Cánula en la que enchufa la sonda rectal H. Dos gramos de ácido sulfuroso líquido que miden 1.55 c. c., desarrollan 0.9 libras de gas á 25 centígrados y 700 m, m.

gas y regula su salida, obedeciendo á la presión de la mano; al polo opuesto se atornilla un cilindro de acero empavonado, en cuyo interior se mueve á rosca, ocluyéndolo herméticamente, un émbolo dentado destinado á romper una ampolleta de vidrio que contiene el ácido sulfuroso líquido y puro, que se reduce á vapor instantáneamente, una vez producida la rotura.

Ahora bien: hecha la fórmula de corrección general para el volúmen de los gases á 0°, resulta para la temperatura media del país, ó sea 25 centígrados, que V', volúmen del gas á 25 centígrados, será igual á la expresión algebraica: $V' = \frac{H-h-f.}{1+(at)}$ designando por H, la altura barométrica; por h, la diferencia de nivel del mercurio contenido en la probeta que mide el gas comparado con la altura barométrica; f, la tensión elástica del vapor de agua á 25°; a, el coeficiente de dilatación de los gases y t, la temperatura media á que se opera. Según este cálculo, dos gramos de ácido sulfuroso líquido, que miden 1,55 cents. cúbicos, desarrollan á 25 centígrados, 9 decílitros cúbicos de gas.

Véase, pues, cuan fácilmente podemos disponer para nuestro aparato, de dósis progresivas y suficientes de ácido sulfuroso; encerradas bajo forma líquida en ampolletas de vidrio, de volúmen pequeño y que varía según las necesidades.

Renuncio por ahora á formular conclusiones que serían prematuras, tratándose de un trabajo que no ha recibido todavía la sanción de la práctica; desgraciadamente y quizás con aterradora frecuencia llegará para mí la ocasión de proclamar su eficacia ó de relegarle al olvido por inútil; si lo primero, vuestra honradez profesional sabrá ponerse á cubierto encomiando sus ventajas; si lo segundo, siempre tendré por laudablo el estímulo que incesantemente espolea á una voluntad tenaz y firme como la mia en beneficio del que sufre y en obsequio de la ciencia.

Veo, señores, con júbilo, que he debido cansar vuestra atención, que he llegado al fin de mi tarea; réstame solo elevar al Congreso el homenaje de mi gratitud por la bondadosa indulgencia con que ha deferido en la aceptación de mi trabajo, celebrando el honor de poder cooperar con vosotros, en la pobre medida de mis fuerzas, á la realización de una idea para cuyos iniciadores reservo toda la admiración de mi alma y toda la sinceridad de mis mejores recuerdos.

He dicho.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. San Martín.

El Dr. San Martín: no está conforme en algunos de los puntos tratados por el Dr. Semprun en su trabajo: al observar la sangre de los enfermos atacados de fiebre amarilla, por medio del espectroscopo, ha encontrado que la oxihemoglobina ofrece cierta tendencia á desoxidarse y permanecer así.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Tamayo.

El Dr. Tamayo: indica que ninguno de los microbios aerobios descubiertos hasta la fecha, presenta los caractéres de especificidad en la fiebre amarilla, y con el estudio de los anaerobios ha abierto el Dr. Semprun un nuevo camino á la investigación.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Semprun para replicar.

El Dr. Semprun: contesta al Dr. San Martín, que le ataca por el punto más débil de su teoría, que sin embargo acepta como consecuencia de los hechos observados: que no ha practicado el análisis espectral; pero en el estado actual de la ciencia, le parece, que ni se conocen bien todas las transformaciones de la hemoglobina, ni aún se sabe el verdadero estado en que se encuentra combinado á ella el oxígeno.

Al Dr. Tamayo le dice: que hallándose ámbos en un trabajo de colaboración, proseguiría junto con él, gloriándose cada día más de ser su ayudante.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Gutierrez Lee para leer su trabajo:

Consideraciones sobre la fiebre de borras.

Por el Dr. Ricardo Gutierrez Lee.

Señores: Muchas veces he consultado la opinión de ilustrados compañeros acerca de la naturaleza de la fiebre llamada de borras, pues dadas las manifestaciones de esa entidad morbosa y los indivíduos que generalmente la sufren, la opinión de los profesores aquí está dividida: unos se inclinan á considerarla como una fiebre amarilla modificada en el criollo y otros piensan que es una modalidad del paludismo.

En los primeros casos aislados, creí con estos que era un proceso malárico, mayormente, cuando en virtud de tratamientos opuestos, obtuve curaciones que me satisfacieron.

Como esta afección no se presenta con gran frecuencia, he tenido que esperar á que hubiese casos en mi clientela particular para ratificar ó modificar mi juicio. He podido reunir algunas observaciones, las que considero incompletas y deficientes, puesto que los casos desgraciados no los he comprobado en la losa anatómica, por las dificultades propias al ejercicio profesional en las familias; que se resisten á este género de investigación, como igualmente tampoco he podido practicar exámenes bacteriológicos, que en esta enfermedad están llamados á arrojar gran luz. Con todo, el número de personas afectadas, su edad, naturalidad, condiciones de desarrollo de la afección, duración de esta, terminación y tratamiento, son factores clínicos que reunidos, me

han impresionado lo bastante para que pueda señalar el juicio que acerca de su naturaleza me he formado.

Los profesores que ejercen fuera de la ciudad tienen mejor ocasión para estudiar esta enfermedad y dilucidar tan importante punto de patología intertropical, por ser más común en el interior; en los meses de Junio, Agosto y Septiembre, he tenido mayor número de casos, casi todos procedentes del campo, aún cuando también los he asistido de nacidos y criados en la capital. Los niños de 3 á 14 años son los que presentan mayor contingente; los adultos también son invadidos, pero con menos frecuencia.

Relataré mis observaciones brevemente, señalaré los datos más interesantes, indicaré las observaciones que me sugirieron, las que, cambiadas con las vuestras, me ilustrarán.

Observación I.—D. M. N. — Catey Jariaco, natural de Managua, de 14 años de edad, hacía más de dos meses que no venía á la ciudad; jóven robusto y sano, fué invadido con los caractéres de toda fiebre; treinta horas después aparecieron los vómitos borrosos, por lo que fuí llamado, encontrando al paciente en estado adinámico, la temperatura á 38.5, pulso 120, respiración anhelosa, poca epigastralgia, ningún íctero, náuseas y vómitos, las orinas escasas y con una nubécula de albúmina: tratamiento sintomático para el vómito, enemas, laxantes y después bisulfato de quinina y poción de Todd helada.

Este paciente fué el primero que asistí, y á la verdad, dado el éxito que obtuve en esa campaña, creí haber salvado á un malárico de suma gravedad, pues, ¿quién duda del efecto que al médico produce un vómito de esa naturaleza con un cuadro tan alarmante de síntomas?

Observación II.—D. N. Rizo, natural de Nazareno, de 18 años, de constitución atlética, después de una insolación prolongada y de un viaje á la ciudad, tuvo una fiebre, que aún cuando no era alta, al tercer día que lo ví, tan solo acusaba 39°5; ya los vómitos de borras los había tenido el día anterior, iniciándose por vómitos biliosos, amarillos y verdes para hacerse negros después. A este paciente fué imposible reducirle á que tomase medicación alguna; á las pocas horas la orina se suprimió y el paciente murió á los cinco días de invadido sin íctero, con penosa agonía, sin hemorragia externa, aún cuando en la piel aparecieron desde el quinto día equímosis sanguíneos, petequias hemofílicas. No pude reconocer la orina en las tres visitas que le hice; tampoco presentó reborde gingival hemorrágico ni mialgias: desde el principio predominaron la adinamia y el estupor.

Observación III.—Caso interesante por tratarse de una pequeña epidemia en una familia, que residió accidentalmente en la ciudad, donde vino á tomar baños de mar. La señorita M. B., de 17 años, fué invadida por la fiebre con intensa gravedad; el profesor que la asistió

certificó fiebre amarilla, cuando sucumbió al 5º día de su invasión. El resto de la familia se trasladó á su antigua residencia, donde hubo nueve invasiones, presentándose con tal gravedad, que los más fallecieron á pesar de haber agotado los recursos científicos de que podían disponer. No le fué posible á la familia continuar la asistencia de los enfermos con profesores de la ciudad, por lo que fuí llamado, por vivir en una localidad inmediata, para asistir al 7º, 8º, 9º y 10º casos, que sucesivamente fueron ocurriendo. De éstos ví desaparecer dos muy jóvenes, con síntomas de uremia, sin íctero ni hemorragias externas, predominando las bajas temperaturas, tanto en éstos como en los dos que curé. La primera que se curó fué una niña de ocho años, con escalofrío y ligera fiebre de invasión á 39°; durante treinta y seis horas, malestar, inquietud, vómitos biliosos, sin íctero ni congestión conjuntival; durante el fastigio tuvo orinas abundantes y sin albúmina; en las primeras treinta y seis horas tuvo sudores abundantes, epigastralgia á la presión, ligero infarto del hígado y del bazo; unas veces aumentaba la intensidad y se acentuaban estos síntomas y otras se mejoraban. La paciente no eliminó nunca biliverdina, ni su orina dió precipitado sino de uratos; entró en convalecencia el séptimo día y conservó durante un mes una gran postración de fuerzas, que no alcanzó á reponer sino después de un tratamiento tónico ferrado.

El hermano, de 5 años, tuvo un cuadro igual, aunque con ménos intensidad; á las veinte y cuatro horas arrojó las borras; ámbos fueron tratados por purgantes de calomel y quinina al interior en solución con agua de Rabel; una medicación sintomática: fué una hecatombe la de esta desgraciada familia.

Observación IV.—Antonio Vega Ortega, natural de esta ciudad, de 6 años, fué invadido después de algunos días de malestar por una fiebre á 39° con remisiones matutinas y exacerbaciones vesperales; el exámen de los dos órganos no revelaba nada; transcurrido el primer septenario y creyendo asistir á una tífica benigna, puesto que las manifestaciones abdominales eran de poca intensidad, faltándole las manchas, petequías etc., fuí sorprendido al noveno día por varios vómitos de borras; al principio pensé que fuera sangre de la nariz y mal digerida que ocasionaba esos vómitos; pero no tardé en comprobar que eran efectivamente de borras; el paciente continuó agravándose y con fenómenos de adinamia, estupor y delirio; los vómitos continuaron más ó ménos abundantes durante tres días. El paciente consiguió recuperar las fuerzas perdidas y siguió con bastante resistencia orgánica hasta el 21 días, en que tuvo una enterorragia abundante, sudores profusos y una remisión de 36°, pareciendo indicar un desenlace fatal; sin embargo, la orina era abundante con algún precipitado de albúmina en el segundo septenario, desapareciendo en el tercero, sin pre-

sentar biliverdina: poco á poco se reaccionó y obtuvo la curación, empleando más de tres meses en reconstituirse.

Observación V.—La familia Vigil, en Consolación, había tenido cinco casos de fiebre, en los que el síntoma borras se presentó casi desde el principio; dando lugar á manifestaciones de suma gravedad; tres de ellos fallecieron en muy corto tiempo; de los otros dos, uno obtuvo la curación al décimo día y el otro permaneció en cama veinte y ocho días, necesitando muchos meses para reponerse. Esta familia no guardó ninguna prescripción higiénica para evitar el contagio, pagando bien caro su olvido. A consecuencia de esa desgracia tomaron la resolución de venir á pasar una temporada á la capital; sus amigos le aconsejaron vivieran en Puentes Grandes, por considerarla mejor localidad: habían transcurrido dos meses de las primeras invasiones cuando en la nueva morada se presentó un caso de fiebre en uno de sus 8 hijos; á los tres días cayó otro; los profesores de la localidad y de la ciudad que los asistían auguraban una feliz terminación, puesto que desde su iniciación la fiebre no llegaba á 39°; no tardaron en aparecer los vómitos biliosos, de alas de mosca y borras, con tendencia á la adinamia, lipotimias y anuria; ámbos pacientes fallecieron: las certificaciones se extendieron como de *fiebre amarilla.* Esta nueva desgracia los decidió á trasladarse á la Habana; á los tres meses, á principios de Septiembre, fuí llamado para ver á una niña, natural de Consolación, de 3 años de edad, muy raquítica, que hacía doce horas tenía fiebre de 38½°, no encontré estado congestivo de la piel, ni inyección conjuntival, la lengua húmeda, sensibilidad epigástrica, repugnaba los alimentos y acusaba malestar; la madre le había dado un purgante, que le hizo muy buen efecto; el vientre estaba suave y flácido. Como la repugnancia era notable, no quise intervenir dando ninguna medicación por la boca; ordené dósis de 0'30 de bisulfato de quinina en enemas y lociones de quinina en alcohol: esto pasaba á las siete de la noche y á las cinco de la mañana fuí llamado porque la niña hacía vómitos espontáneos de borras abundantes; la inquietud y malestar se reflejaban en su rostro descompuesto; sudores abundantes, sobre todo, cuando vomitaba; las orinas escasas, no contenían albúmina. Continué empleando el mismo tratamiento; habiendo podido comprobar la acción fisiológica de la quinina, agregué al interior el hielo; al quinto día dió muestras de mejoría, no habiendo presentado albúmina, ni biliverdina, ni ningún precipitado al ácido nítrico ni al calor separados y luego juntos. La niña siguió su convalecencia, que fué larga y penosa.

Al tercer día de estar asistiéndola cayó en esa misma casa otro niño de seis años; fué tratado por un purgante oleoso, que no dió resultado, repetí otro de calomel; la fiebre se sostuvo de 38 á 38½; las borras

aparecieron á las 36 horas sin albúmina, ni biliverdina, no tuvo íctero y sí solo profundo malestar y adinamia; al 6º diá entró en convalecencia y obtuvo algunos días después sn completa curación.

Al terminar el primer septenario el segundo enfermo, fué invadido otro niño de 12 años, con los mismos síntomas iniciales, siguió el curso de los anteriores, la fiebre á 39°; los vómitos biliosos y de borras aparecieron de las 28 á 31 horas con malestar, dolores lumbares, muy poca cefalalgia, dolor en el epigastrio, infarto hepático sin congestión de la piel ni de la conjuntiva, las orinas sin albúmina; tampoco hubo remisión en la fiebre, pues aunque poco elevada, siempre se sostuvo con diferencia sólo de algunas décimas de grado.

Este joven resistió muy bien, apesar de que tuvó hipo en el curso de la afección durante dos días. El tratamiento fué el de purgantes de calomel con jalapa, quinina al interior, lociones de quinina, poción tónica, hielo, etc., etc.; entró en convalecencia al 9º día y adquirió pronto la salud.

Doce días después la niña H. tuvo ligero escalofrío, malestar, cefalalgia, fiebre á 39° con remisiones variables y de algunas décimas de grado; los vómitos fueron biliosos y de alas de moscas; no se presentaron las borras de una manera abundante, solo algunas estrias se observaron; estuvo enfermo 5 días; la orina de esta enferma tampoco tuvo albúmina, ni biliverdina.

Observación VI.—D. Ambrosio Díaz, se trasladó con su familia, natural de Güines, á esta ciudad en el mes de Abril de 1885. A mediados de Mayo fuí llamado para ver á la señorita B., de 12 años, bien desarrollada, con fiebre á 39°, acusaba cefalalgia y grandes dolores contusivos en los miembros, inquietud y vómitos, desde el primer día biliosos, 24 horas después se hicieron borrosos: no tuvo congestión de la piel ni de la conjuntiva, la fiebre remite irregularmente algunos décimos de grado; sudores profusos, orinas abundantes sin albúmina, ni biliverdina: la paciente estuvo enferma 6 días y todo se disipó sin dejar íctero. Tres hermanas menores fueron invadidas sucesivamente, sólo una de ellas tuvo vómitos borráceos, sin albúmina ni biliverdina, las otras dos experimentaron malestar, inquietud, vómitos biliosos y mucosos y entraron todas, en convalecencia con rapidez y sin dejar rastro de eliminación biliosa. El tratamiento fué el sintomático, purgantes al principio y quinina después.

Observación VII.—Una familia de Vuelta-Abajo se trasladó de temporada á Marianao; dos de sus miembros murieron con pocos días intérvalo, eran ámbos naturales de Consolación y jóvenes; á raíz de ese acontecimiento fué invadido un matrimonio que había venido á asistirlos.

Con ese motivo, concurrí á una consulta con un estimable compa-

ñero, á cuyo cuidado estuvieron los anteriores, quien me manifestó habían muerto de fiebre amarilla y que se encontraban recorriendo su período otros dos. Efectivamente, examiné al matrimonio y pude comprobar que casi habían sido invadidos simultáneamente, con escalofrío, cefalalgia, dolores en las articulaciones y lumbares, fiebre de poca intensidad, igual á la que tuvieron los fallecidos, según me informó el profesor de cabecera, y aún cuando continuó poco elevada, tuvo vómitos tenaces y mucobiliosos y con borras á las 30 horas; la señora no las arrojó, las orinas abundantes rojas y sin albúmina; hice mi adhesión al compañero y le indiqué que en casos parecidos usaba la medicación quínica y purgantes. Acepté la medicación sintomática seguida y posteriormente supe que ámbos individuos se habían salvado.

Observación VIII.—La niña Ercilia, de 4 años, bien constituida, fué invadida de fiebre, que por la marcha, siempre continúa de 39½ el primer día y 38½ con poca diferencia en los subsecuentes y por las manifestaciones poco intensas por parte del abdómen, la tos, vómitos, cuando tomaba alimentos, me inclinaba á creer se trataría de un caso de fiebre tifoidea normal, cuando al séptimo día los vómitos se hicieron tenaces, creció el malestar, hubo delirio y al final de esta escena, en que la fiebre no era factor alarmante, aparecen los vómitos de borras, continuando, aunque con alguna disminución, durante tres días. No fué posible recoger los orines, pues la niña lo hacía en los paños y la mayor parte de las veces mezclados á los excrementos; así continuó el ciclo febril, que fué aumentando día por día hasta adquirir la forma hipertérmica, disminuyeron los orines, aparecieron las convulsiones, falleciendo á los 22 días sin haber presentado íctero, ni hemorragias externas y solo erupciones sudorales. El tratamiento muy parecido á los anteriores.

Observación IX.—Niño de 1 año de edad, natural de esta ciudad, asistido por el Dr. Landeta, tuve oportunidad de verle en consulta; en ella me informó mi ilustrado compañero que al tercer día con una temperatura de 38 en el curso de la afección, con irregulares remisiones de pocas décimas, solo con la continuidad de la fiebre presentaba síntomas de adinamia graves, la respiración era suspirosa y frecuente, las facciones descompuestas; no había tenido congestión, ni de la piel, ni de la conjuntiva al principio de la enfermedad, ni sufusión ictárica; desde el 4º al 6º días las orinas se suprimieron y falleció anúrico, por consiguiente urémico, estuporoso y sin hemorragias visibles.

Observación X.—El niño Morales, de 8 años de edad, natural de Managua, nunca había venido á la Habana, fué invadido de fiebre moderada, al decir de sus padres, y veinticuatro horas después, alarmados por el color de los vómitos, me avisaron; el niño presentaba el siguiente cuadro: fiebre, ansiedad y dolor en el epigastrio con vómitos

y deposiciones borrosas, tendencia á las lipotimias, respiración frecuente, sin íctero, ni sufusión ictérica, orinas abundantes y de color amarillo oscuro; no pude reconocer los orines porque cuando estuve no había; el niño continuó dos ó tres días más postrado y entró en convalescencia con toda rapidez, sin íctero.

Observación XI.—Un niño de 7 años, natural de San José de las Lajas, con residencia habitual en el campo, jamás había estado en la ciudad. Los padres, acostumbrados á verle con fiebres, no les llamó la atención, sino cuando lo vieron con los vómitos y las deposiciones de borras, hacía 40 horas de su invasión: cuando lo ví tenía 38°, inquietud, malestar, respiración frecuente, náuseas y vómitos, tanto estos como las deposiciones eran de borras; los orines no tenían albúmina, ni ningún precipitado. Tratamiento sintomático, quinina en papelillos al interior, hielo, cáustico en el epigastrio. A los tres días entró en convalescencia y curó, sin íctero ántes, ni después.

Observación XII.—El niño García, de 3 años de edad, natural de esta ciudad, (vecino de la Plaza Vieja, sitio muy especial por sus condiciones antihigiénicas), bastante raquítico; tuvo una ligera reacción febril; á las horas de invadido fuí llamado, tenía 39°, estaba muy inquieto, sin inyección conjuntival, ni congestión cutánea, piel madorosa, vientre suave, respiración regular y frecuente, 120 pulsaciones, tendencia al sueño é irritabilidad de carácter; iniciado el tratamiento aparecieron los vómitos biliosos, con dolor epigástrico; por la noche la inquietud aumentó hasta el delirio, necesitando ocurrir á otro compañero, que vivía en la vecindad; la fiebre era igual á la de la mañana, atribuyendo esas manifestaciones nerviosas á falta de alimentos; por la mañana muy temprano me avisaron, porque aparecieron los primeros vómitos de borras, abundantes; la fiebre había bajado á 38°, lo hallé con una postración general y languidez, orinas abundantes y con una nubécula de albúmina, insignificante durante dos días; no hubo íctero ni sufusión ictérica en el curso, al 5º día principió la mejoría. El niño quedó tan debilitado que ha estado sin poder andar cerca de un mes. El mismo tratamiento.

Observación XIII.—D. N. N., natural de Güira de Melena, vino por primera vez á colocarse en esta Capital y á los pocos días tuvo fiebre que se elevó á 39° en las primeras 24 horas, con cefalalgia intensa, lengua saburral, dolor en el epigastrio, mialgias y sudores; al dia siguiente se presentaron vómitos biliosos y luego borrosos, la fiebre remitió á 38°, el malestar continuó por algunas horas; la orina nunca tuvo albúmina, ni ningún precipitado; al 5º día entró en convaleseencia: empleé el mismo tratamiento.

Observación XIV.—El niño Alberto, natural de esta Ciudad, 3 años y medio, siempre habitó en los alrededores de la Plaza Vieja, fué

curado por una fiebre que se supuso fuera de una ingesta; á las 24 horas aparecieron los vómitos de borras, la postración fué violenta y absoluta, la orina suprimida, y falleció al 4º día sin íctero, ni hemorragias en un estado completo de estupor. La familia cambió de domicilio inmediatamente; al tercer día, otro niño de dos años, fué invadido con igual cortejo de síntomas en que la gravedad apareció con las borras, que se presentaron á las 30 horas, y falleció al 4º día anúrico, sin íctero ni hemorragias, con fenómenos convulsivos y estupor.

Por lo expuesto se vé que los niños blancos del país son atacados de preferencia á los adultos, que los que habitan en el campo prestan mayor contingente, estén ó nó en relación con pueblos cercanos al mar; las más de las veces se ha creido encontrar la causa del mal en una ocasional; por ejemplo, la insolación prolongada, el enfriamiento ó el beber aguas estancadas.

Los síntomas no anuncian gravedad al principio y el médico, salvo casos excepcionales, se encuentra sorprendido por las borras, á las que sobrevienen síntomas de colapsus, adinamia, postración de fuerzas, anuria con el cortejo urémico, aún en los casos de terminación favorable.

La marcha general del mal es rápida, pues en un septenario hace su evolución; la convalescencia no es tan rápida como en otras afecciones. He asistido dos casos cuyo diagnóstico desde el principio fué de fiebre tifoidea; al entrar el segundo septenario, las borras aparecieron y los enfermos continuaron febricitantes hasta finalizar el tercer septenario, con temperaturas moderadas, sin albúmina ni íctero y con enterorrágias abundantes; uno se curó y el otro falleció á los 18 dias. Llamo la atención sobre este particular, por ver en esos dos enfermos la misma fiebre de borras de forma lenta.

Los casos son graves, sobre todo si hay condiciones epidémicas, como vemos en la familia B, que de 10 invadidos solo se curaron tres.

Creo que el tratamiento evacuante enérgico, la quinina y los tónicos ayudan á la naturaleza y proporcionan algunas curaciones; la falta de asistencia apropiada aumenta las defunciones notablemente.

¿Tiene el paludismo alguna relación en los casos citados? ¿Son estas fiebres, intermitentes perniciosas con borras? ¿Es la malaria la causa obligada de los complicados fenómenos descritos?

Si el paludismo es susceptible de hacer larga incubación en personas que lo adquirieron en localidades mal sanas y si se manifiesta hasta los 14 ó 20 días después, entónces puede aceptárseles sin titubear como causa; pero ¿quién afirma su acción contagiosa? Entónces ¿cómo se esplica la epidemia de la familia V. de Consolación, que tuvo allí cinco casos, de los cuales fallecieron 3? De los otros dos curados,

uno estuvo enfermo 26 días y el otro 10, y todos arrojaron las borras. Esta familia se mudó á Puentes Grandes, despues de recidir allí dos meses; en 10 días perdió otros dos niños del mismo mal; por este acontecimiento se traslada á la ciudad y tres meses despues pasaron la misma afección otros individuos.

Si lo que he asistido es lo que se llama fiebre de borras por la naturaleza de sus vómitos, no hay duda que es contagiosa; dado el contínuo cámbio de domicilio de esta familia, me esplico ese contagio por las faltas de condiciones higiénicas observadas por sus individuos.

En la familia B, presté mi servicio á 4 enfermos, dos estaban preagónicos y á las pocas horas murieron urémicos, sin íctero ni hemorragias visibles; los dos que terminaron felizmente, arrojaron las borras sin íctero ni albúmina, recorrieron en un septenario toda la dolencia.

A los 4 meses de establecida la familia en esta ciudad, procedente de Güines, tuvo el primer caso y á medida que iban levantándose, se enfermaron los otros; los 4 invadidos se curaron y tres arrojaron borras: la marcha fué rápida.

Si en el curso de mi práctica, no hubiera asistido á las pequeñas epidemias que acabo de señalar, creería que el paludismo es el agente productor de esta fiebre, pero me creo autorizado para dudarlo y este es mi juicio particular. Comunmente, al ver un invadido de fiebre y que á las pocas horas en los vómitos arroja borras, muchos médicos y la generalidad del público, han bautizado esta entidad morbosa con el nombre de vómito, refiriéndose así á la fiebre amarilla. Es casi evidente que ántes de poder diagnosticar en un paciente hijo del país y de las condiciones requeridas para el desarrollo de esa enfermedad, el médico ni se acuerda siquiera de que tal afección se ha de presentar; al pensar en una palúdica irregular, en una tifoidea etc., las borras le sorprenden y advierte el peligro que corre el enfermo; es por esto que en mi práctica, he tenido en cuenta para fijar más la atención y separar el proceso fiebre amarilla de la entidad morbosa que vamos tratando, de los siguientes datos, los cuales nos dan un diagnóstico diferencial; para ello tomo por punto de partida la fiebre amarilla grave.

FIEBRE AMARILLA.	FIEBRE DE BORRAS.
Fiebre alta de invasión brusca.	Fiebre moderada precedida algunos días antes de malestar.
Pulso fuerte y lleno de 125 á 140.	Pulso pequeño de 120 á 130.
Después del escalofrío inicial la fiebre sube á 40,5 durante los dos ó tres primeros días en que remite algunas horas, para elevarse en casos graves durante el segundo periodo y remitir en el tercero.	Si la temperatura alcanza 40° el primer dia, á las pocas horas remite incompletamente hasta 38,5, oscilando entre esta temperatura y 39°.

FIEBRE AMARILLA.	FIEBRE DE BORRAS.
Cefalalgia intensa.	Cefalalgia ménos intensa.
Raquialgia.	No hay raquialgia.
Epigastralgia intensa.	Epigastralgia más moderada.
Inyección conjuntival, hiperemia de la piel hasta el rash, eritema escrotal.	No hay inyección conjuntival, ni hiperemia de la piel, ni eritema escrotal.
En las 36 ó 40 horas primeras, disminución de intensidad en los síntomas y aparición de los nuevos, correspondientes al segundo período; albúmina abundante al finalizar el tercer día y rara vez ántes para los casos gravísimos, los vómitos son dolorosos y de color vário, hasta que se inician los de alas de moscas y al fin las borras; puede establecerse, que cuanto más elevada es la temperatura al principio, más precoces y graves son los síntomas que le siguen.	En la fiebre de borras la temperatura sólo se eleva en las primeras horas y desciende para volver á elevarse en caso de terminación fatal, siempre la he observado, oscilando entre 38° á 39°. La intensidad del mal se revela por la falta de relación que hay entre la temperatura, el número de pulsaciones y la respiración. La albúmina es accidental. Los vómitos son mucosos, rara vez biliosos y casi siempre borrosos desde que se inician.
Los vómitos de borras se presentan del cuarto día en adelante; al finalizar éste aparece el íctero conjuntival y de ahí se extiende á la cara y demás regiones.	Las borras aparecen á las 24 horas y, según relación de compañeros, hay casos en que son más precoces; ninguno de mis enfermos ha tenido íctero durante el curso de la enfermedad, ni en la convalescencia; á los que le he reconocido la orina, no han eliminado biliverdina; tampoco he observado la encía hemorrágica y sólo aparecieron petéquias y manchas oscuras en la piel.
En el sexto, la eliminación de la biliverdina y notable congestión de las mucosas bucal y gingival, formándose el borde gingival hemorrágico para entrar en el periodo hemorrágico; á las borras se sucede la sangre, la anuria, fiebre elevada y la muerte.	
En pleno periodo hemorrágico, hemorragias nasales, gingivales, gastrorragia y otras, hasta la terminación fatal del caso, acentuándose más y más el íctero general.	En mis observaciones no he visto ese periodo hemorrágico ni el íctero; la terminación ha sido frecuentemente urémica, ya por el estupor tífico y adinamia, ya por convulsiones.

Para comprobar esos hechos se hace preciso confirmarlos con autopsias, exámenes bacteriológicos y cultivos, que nuestros entusiastas compañeros, dedicados á esta clase de estudios, no tardarán en emprender hasta conseguir llegar á la verdad.

Réstame solo indicar que eliminamos el proceso malárico, porque los casos de contagio en las familias, alejadas de los focos nos obligan á creer, que sólo en la fiebre amarilla ó en elementos tifógenos, están las causas de esta afección. En los pocos casos que presento, clínicamente se notan bastantes diferencias en la iniciación, curso, síntomas y terminación de las dos enfermedades, puesto que lo que caracteriza la primera, falta en la segunda, que es el íctero.

En mi concepto, la intoxicación tífica es la causa productora del

mal. Además, si es una verdad que los niños europeos resisten mejor al clima tropical, y que si no gozan de inmunidad para la fiebre amarilla, son proporcionalmente ménos atacados, ¿cómo vemos que en los niños del país, de dentro y fuera de la ciudad, es en los que hay más casos?

En todos los casos he tenido oportunidad de observar detalles etiológicos, malas condiciones de aire, hacinamiento en las viviendas etc., como factores importantes en la producción de esta afección.

Podría extenderme más, pero la índole del trabajo no me lo permite; deseo vuestras ilustradas observaciones para obtener la satisfaccion del saber.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Reyes para argumentar.

El Dr. Reyes (de Sagua). Crée que la fiebre de borras no debe considerarse como una entidad clínica, sino como una forma del paludismo pernicioso. Los casos descritos por el Dr. Gutierrez Lee, ofrecen más analogía con la fiebre tifoidea, que con la fiebre de borras. Ha tenido oportunidad de observar que esta afección se padece con suma frecuencia en la infancia, que la albúmina no se presenta en las orinas, ni se producen hemorragias intestinales; siendo de nueve días la duración máxima de los casos que ha visto. En cuanto al tratamiento, conviene en el uso de los tónicos, la quinina asociada al arsénico y los baños generales frios, y no tibios, por el colapso á que suelen exponer.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Delfin.

El Dr. Delfin: manifiesta que, durante su permanencia en Vuelta-Abajo, observó dos epidemias que aparecieron de un modo simultáneo: una de fiebre amarilla en el poblado y otra de fiebre de borras en el campo. La primera enfermedad fué importada por un médico, que murió, propagándose después la fiebre amarilla en Consolación del Sur. La segunda, que los campesinos conocen con el nombre de tabardillo, ofrecía un notable parecido con la fiebre tifoidea, sobre todo en el período de estado y en su terminación; el íctero faltó las más de las veces; la albúmina, nunca se presentó en las orinas, y en todos los casos, la quinina dió un resultado fatal. El tratamiento más ventajoso fué el evacuante.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Moreno de la Torre.

El Dr. Moreno de la Torre: encuentra muy difícil la distinción en clínica de los tres estados morbosos que se conocen con los nombres de fiebre tifoidea, fiebre amarilla y fiebre de borras. Descarta la primera por la ausencia de las borras y la marcha especial de la temperatura. La segunda, ofrece tres tipos clínicos que no pueden confundirse: el de simple paroxismo, el de doble paroxismo y el mixto descrito por Sternberg. En la pretendida fiebre de borras, la marcha

de la temperatura es semejante á la del paludismo en su forma contínua.

Creé que el Dr. Gutierrez Lee ha omitido ciertos detalles de suma importancia para el diagnóstico diferencial; siendo digno de tenerse en cuenta el hecho de que cada día se observa mayor número de casos de fiebre amarilla en individuos nacidos en el país: además, en esta última pirexia suele faltar la albúmina, así como tambien la cefalalgia.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Bellver.

El Dr. Bellver: dice que ha observado fiebres intermitentes en individuos peninsulares y ninguno ofrecía el tipo señalado, siendo un hecho importante para él, la frecuencia de la fiebre de borras en los habitantes del campo. Crée que esta fiebre no es de orígen palúdico sino un proceso morboso que solo se presenta en los criollos. Tampoco le parece que la naturaleza de la afección se aproxime á la de la fiebre tifoidea, pues el tipo contínuo se presenta también en la fiebre amarilla; y manifiesta, que debe considerarse como una modificación de este último proceso infeccioso, en los naturales del país.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Plazaola.

El Dr. Plazaola (de Sagua): ha visto coincidir siempre la fiebre de borras con las fiebres palúdicas en la localidad en que ejerce habitualmente. Atribuye los resultados funestos á que en el campo se apela demasiado tarde á los recursos de la ciencia; y en apoyo de este aserto, agrega que el desenlace ha sido favorable en todos los casos tratados desde el comienzo de la afección. El tratamiento empleado por él, consiste en la quinina asociada á la ergotina en casos de hemorragia. A su juicio, los datos termométricos presentados por el Dr. Gutierrez Lee, son deficientes. Respecto á la naturaleza de la enfermedad, no está de acuerdo en considerarla de orígen tifoideo, ni tampoco como una fiebre amarilla: falta el íctero, la albúmina es inconstante en las orinas, y la marcha de la temperatura es análoga á la de la fiebre palúdica: la considera, por lo tanto, como una forma hemorrágica de la malaria.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Montalvo.

El Dr. Montalvo: señala como un escollo de importancia para establecer el diagnóstico, la falta de autopsias, no hallando otro recurso para dilucidar el problema, que los datos de la clínica. Refiere tres casos de fiebre de borras: el primero, observado en compañía del Dr. Porto, en el cual no faltó ninguno de los síntomas de la fiebre amarilla y terminó por uremia al cuarto día; el segundo, que vió tambien el Dr. Moreno de la Torre, reproducía de un modo tan perfecto el cuadro de la fiebre amarilla, que nadie dudó por un momento del diagnóstico; el tercero, se hallaba en las mismas condiciones. Y si una enfermedad, agrega, presenta todos los síntomas de la fiebre ama-

rilla, ¿por qué no se ha de llamar por su nombre? Este género de infección existe en los criollos, y la teoría de la inmunidad, que supone una série de infecciones sucesivas, esplica suficientemente su existencia en los cubanos.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. San Martín.

El Dr. San Martín: crée que tanto los cubanos del campo como los de la ciudad pueden padecer la fiebre amarilla. Ha visto epidemias de fiebre de borras y una endémia en que fueron atacados adultos y niños. Aún cuando á ocasiones abría la escena el paludismo, no le parece que sea ésta la naturaleza de la enfermedad, pero sí que predisponía á infecciones secundarias dignas de estudiarse. Los primeros casos que observó, tratados por la quinina, fueron desgraciados, variando por completo el pronóstico, tan pronto como asoció á dicha sustancia el uso de los purgantes.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Aróstegui.

El Dr. Aróstegui: estima que el estudio de la piretología cubana se encuentra muy atrasado, como lo prueba la confusión que se hace, de fiebres de distinta naturaleza. Refiere un caso, comprobado por la autopsia, de fiebre amarilla en un hijo del país; al principio creyó en la fiebre tifoidea; pero más adelante tuvo que modificar su diagnóstico al presentarse el íctero. Describió brevemente otro caso, terminado por uremia, y terminó diciendo que la fiebre de borras era la fiebre amarilla en los criollos.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Dueñas.

El Dr. Dueñas: espuso que miéntras se discutiera sobre piretología intertropical por los datos de la clínica, no podría llegarse á un resultado positivo; que no había oído hablar de investigaciones hematológicas, y éstas son hoy indispensables para formular un diagnóstico preciso. Por el exámen de la sangre y la comprobación de los pigmentos melánicos se logra descartar el paludismo de las otras fiebres con las cuales puede confundirse. A su modo de ver, las fiebres de borras, son las formas intensas, siderantes, de las tres grandes pirexias de nuestros climas: la fiebre tifoidea, la fiebre amarilla y la fiebre palúdica, así como las fiebres climáticas, son sus formas atenuadas.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Cacho.

El Dr. Cacho (de Trinidad): apoya la opinión que considera la fiebre de borras de naturaleza palúdica, fundándose en que nunca ha observado un caso que no coincidiese con la época de las aguas. Además, la quinina, administrada á fuertes dósis por la vía hipodérmica, le ha dado siempre brillantes resultados, hasta el punto de no perder más que un solo enfermo de los catorce que ha asistido.

El Dr. Santos Fernández ocupa la presidencia, y concede el uso de la palabra al Dr. Tamayo.

El Dr. Tamayo: hace notar que las observaciones del Dr. Gutierrez Lee, aportan un dato interesante en contra de la naturaleza palúdica de la fiebre que se discute; este dato, es la contagiosidad.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Albarrán.

El Dr. Albarrán (de Sagua): observó hace algunos años una epidemia mortífera de fiebre amarilla en San Diego de Núñez, en la que perecieron las dos terceras partes de los atacados. Los cubanos enfermaron en gran número, presentándose en ellos la infección bajo todas sus formas, sobre todo la urémica y comatosa. Los peninsulares no aclimatados fueron invadidos todos; los aclimatados, en escaso número. Los cubanos del litoral no sufrieron. Un médico peninsular no aclimatado pereció en unión de su familia. Cinco médicos murieron por hemorragias gingivales.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Perna.

El Dr. Perna (de Cienfuegos): hizo referencia á una pequeña epidemia de fiebre de borras que observó en Cienfuegos, y en la cual consiguió muy buenos resultados con el uso de la quinina asociada al arsénico; crée que esta fiebre es de naturaleza palúdica, tanto por el resultado de la medicación, como por no haberse aumentado en aquella época los enfermos de fiebre amarilla. Por otra parte, la afección no atacó á los individuos no aclimatados, cebándose de preferencia en los niños.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Vila.

El Dr. Vila (de Cienfuegos): crée que la cuestión principal que ha de ventilarse es puramente etiológica y no se resolverá sino con ayuda del microscopio. Agrega que siempre que coinciden en una misma familia enfermedades semejantes, la etiología debe ser única; así sucede con la fiebre de borras, que se desarrolla en focos de fiebre intermitente y remitente palúdica. La quinina, que es una panacea para todo género de infección de la sangre, debe emplearse hasta con un fin profiláctico, por más que no sea eficaz en todos los casos. Las borras y las otras hemorragias, no deben considerarse como típicas, porque son consecuencia de toda infección; y si la fiebre de borras coincide en su aparición con la fiebre amarilla, solo debe atribuirse á las condiciones telúricas que son semejantes.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Gutierrez Lee para replicar.

El Dr. Gutierrez Lee: contesta de un modo general á todos los argumentantes, y reitera las mismas consideraciones sobre la naturaleza del proceso que estudia en su trabajo. Establece algunas diferencias clínicas entre la fiebre de borras y la amarilla, é insiste sobre todo, en el descenso de temperatura que es constante en las primeras veinticuatro horas. En cuanto á las borras, se presentan á las 12,

24 ó 36 horas del comienzo de la enfermedad; lo que no acontece en la fiebre amarilla: además, falta el íctero y la biliverdina. El Dr. Gutierrez Lee acepta la fiebre amarilla en los criollos, pero esta se halla perfectamente caracterizada por sus principales síntomas, que no se ven en la fiebre de borras.

Refiriéndose á la deficiencia en los ciclos térmicos, señalada por alguno, dijo, que como el Reglamento solo concedía 15 minutos para la exposición de un trabajo, no pudo extenderse todo lo que deseaba. Agregó que los primeros casos de fiebres de borras observados por él, fueron considerados de orígen malárico, pero que pronto desechó esa idea al confirmar su contagiosidad; y terminó asegurando que solo se trataba de un proceso tífico de marcha rápida.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Reyes para leer su trabajo:

De las fiebres de borras.—¿Cuál es su naturaleza y su mejor tratamiento?

Por el Dr. D. Agustin W. Reyes.

Señores: No venimos á este recinto, en donde se encuentran congregados tantos y tan distinguidos comprofesores, con la pretensión, que nada justificaría, tratándose de tan humilde personalidad como la nuestra, de agregar nuevos descubrimientos á los extraordinarios que ya han brotado del inmenso y fértil campo tan profundamente surcado por el habilísimo é inmortal Pasteur; campo que es de suyo tan extenso y tan rico, que parece que basta sentar en él la planta para que hasta los ménos preparados para explotarlo saquen de él notoriedad y provecho.

No voy á entregarme, pues, á nuevas disquisiciones sobre la doctrina microbiana. Tampoco pretendo, ni sería tan fácil, invadir el terreno con tanto y tan brillante éxito explotado por nuestro antiguo condiscípulo de la Salpêtrière y hoy eminente profesor, el profundo y sagaz Bouchard. La doctrina de los *trastornos generales de la nutricion*, la doctrina ó teoría microbiana han dado tal impulso á la ciencia médica, que es difícil concebir principios más fecundos, ni porvenir más glorioso, que los que hoy colocan á la progresista facultad de París á tan inmensa altura con relación á todas las demás facultades del mundo.

Dejemos, pues, á los entusiastas del día, seguir con más ó ménos éxito, y con más ó ménos preparación y aptitud sus experimentos más ó ménos acabados ó concluyentes: contemplemos el flujo ó reflujo de sus cambiantes opiniones, que si no traen á la superficie cosas

reales y positivas siempre, por lo ménos proporcionan notoriedad, nuevos nombres y un movimiento intelectual que es siempre útil.

Vamos á limitarnos en nuestra modesta esfera á consignar algunas observaciones nuestras, á relatar del modo que han llamado nuestra atención, y que hemos creido pertinente recoger cuánto y cómo hemos podido, sin más elementos que la propia observación, con la simple clínica, que, dígase lo que se quiera, y por más que algunos de los llamados experimentadores pretendan deprimirla desde las nebulosas alturas en que los ha colocado su espíritu de imitación, siempre será el principio y la *piedra de toque* de la medicina verdaderamente útil y práctica. Así, pues, al observar ciertos hechos, tomamos apuntes de ellos, y el año de 1881 dimos á luz algunas de nuestras observaciones y las consecuencias que de ellas nos parecían desprenderse, con el título de: "Ensayo sobre el vómito de los criollos, ó fiebres de borras de los niños". La presencia reciente en Cuba de la Comisión Americana para el estudio de la *Fiebre Amarilla*, la autoridad de Bérenger Féraud, que considera los dos casos que cita en su obra sobre la "Fiebre Biliosa Inflamatoria", como simple modalidad de la Fiebre Amarilla (lo que prueba que estas fiebres de borras han sido observadas por otros y en otros paises) lo deficiente de nuestras observaciones, influyendo en nuestro ánimo para esa denominación y para la interpretación que entónces dimos de la naturaleza de la afección; pero poco despues, con motivo de haber observado nuevos casos, de tipo verdaderamente intermitente, empezamos á ver las cosas de otro modo, y en 1884 publicamos un artículo en el *Eco Científico de las Villas*, correspondiente al 1º de Junio de 1884, artículo reproducido en los *Anales de la Academia de Ciencias de la Habana*, en que formulábamos nuestra opinión del modo siguiente: "Las fiebres de borras, ó vómito de los criollos, no son, según parece, más que fiebres perniciosas, que pueden afectar el tipo intermitente, el remitente ó contínuo". En ese artículo dábamos cabida á un caso clínico auténtico que fué observado en la localidad en que vivimos, con la circunstancia de ser médico el padre del niño. Hé aquí el caso en dos palabras:—Niño J. P., de seis años de edad, propenso á fiebres; el año anterior, por la misma época, había estado muchos días en cama, con una fiebre remitente séria; el día anterior al acceso había comido unos caimitos: el día del acceso tuvo por la mañana algunas diarreas y cólicos y tambien fiebre ligera. Despues del mediodía, convulsiones clónicas y comas; á las cuatro de la tarde, 38° centígrados: continuaron las convulsiones y la temperatura subió á 40°. *Se presentaron vómitos de borras muy abundantes* y caracterizados, con ciánosis hasta en las uñas; comenzó el estertor traqueal, y el niño falleció á las seis y media de la tarde, ménos de cuatro horas despues de iniciado el acceso mortal."

"Desde hacía tres días (añade el Dr. Rodriguez, D. E. F.) que con el padre había asistido al niño, *parece* que este había tenido alguna novedad, alguna fiebrecilla, según se pudo comprender: no se explica, sin duda ninguna, la historia de este caso, sino admitiendo un acceso pernicioso ataxo-hemorrágico: el acceso insignificante de por la mañana quizás no fué el único que precedió al pernicioso. *Esta intermitente de borras, es indudablemente de naturaleza palúdica*".

Tengo que colocar al lado de esta somera observación, otra del mismo género, singular por muchos muchos motivos: por ser el niño, objeto de ella, hijo del mismo profesor médico; por haber ocurrido el caso *en la misma casa*, que está situada á dos cuadras del río Sagua; en condiciones idénticas al primero, cuatro años despues, con el mismo rápido y funesto resultado, y por que, como la vez primera, fué un caso único en dicha casa, sin contagio ni propagación, habiendo otros niños en la casa. Despues supimos extra-oficialmente, que había un caño, sin salida á la calle, en el patio, que exhalaba muy mal olor, y los niños jugaban en el patio.

Esta observación, se encontrará *in extenso*, en el número de Octubre de 1888, de la *Crónica Médico-Quirúrgica de la Habana*. Héla aquí extractada:

El 22 de Febrero de 1888, recibimos, como a las nueve de la noche, un recado de nuestro comprofesor el Dr. D. Joaquín P., para que fuéramos inmediatamente á ver uno de sus niños, que estaba enfermo. Los antecedentes fueron los siguientes: el niño se había bañado como de costumbre, y comido un pedazo de caimito, cuando lo sacaron de repente al aire; pocos momentos despues le empezaron vómitos, que duraron algunas horas, ya de alimentos, ya de los líquidos ingeridos. Durante los vómitos no tuvo fiebre, según me aseguró el padre, *pero no se le había aplicado el termómetro.* Por fin se calmaron los vómitos, y el niño se durmió: despertó como á las cinco de la tarde pidiendo alimento, y se le dió una copa llena de atol de sagú: siguió bien, al parecer, como hasta las diez de la noche, en que empezaron nuevos vómitos, haciendo uno muy grande, de borras-características: de ahí una gran alarma, y por eso me llamaron.

Grande fué mi perplegidad ante tan extraña circunstancia, es decir, ante aquel enorme vómito de borras, sin ir precedido ni acompañado de fiebre. Empecé por examinar al niño con mucho cuidado, tomando en seguida la temperatura: cuando yo llegué, el padre le había puesto el termómetro, que al cabo *de un cuarto de hora*, solo marcaba 37°,2 centígrados; no dándome por satisfecho, puse mi termómetro en la otra axila; ámbos eran de los de máxima de Bloch: dieron la misma temperatura 37°,2. El pulso, aunque blando, era ámplio, desarrollado, regular, *con ciento treinta y seis* pulsaciones por minuto;

la respiración, suspirosa, era de 36 por minuto; el niño había orinado con alguna abundancia antes de mi llegada; y como hacía horas que no evacuaba, el padre, muy partidario de los lavados intestinales (y conviene que algunos se fijen en este dato) le aplicó un irrigador de Tatura, Whitall y C^{a}., y le inyectó por dos veces grandes cantidades de agua tibia en el intestino; el niño expulsó escíbalos redondos, del tamaño de un huevo de paloma, de color blanco lechoso y verdoso. Pero lo que más me llamó la atención al examinarlo, después de la ataxia (como decían los antiguos) del pulso y la respiración con respecto á la temperatura, fué el aspecto de la fisonomía del enfermo; las facciones del niño tenían la blancura del mármol, y la impasibilidad de una máscara: las pupilas estaban anchamente dilatadas, no obstante tener ante los ojos la vela con que lo examinaba, sin la menor contractilidad, por lo tanto. Además, me llamó la atención, la actitud de aquel niño de veinte y cinco meses de edad, su impasibilidad, la flojedad de todo su cuerpo, pues parecía desmayarse en cuanto lo movían: todo eso *revelaba una profunda sideración del sistema nervioso.* Habiéndose dormido el niño al poco rato, indiqué, después de permanecer en la casa más de hora y media, que si había oportunidad, se le administraran alimentos fríos, estimulantes generales, té y cognac, y que se le observara.

Volví á ver al niño á las 7 y media de la mañana del siguiente día; el enfermo no había tenido más novedad, al parecer; estaba más animado; hablaba de que lo bajaran de la cama para jugar con sus hermanitos: la temperatura *era la misma* de la noche anterior 37°,2. Respiración más tranquila que la de la víspera; *pero exactamente el mismo pulso*, con los mismos caractéres de frecuencia (136), amplitud y ritmo. El niño no había vuelto á evacuar ni á orinar; dispuse seguir con los estimulantes, alimentos fríos, y que me avisaran á la menor novedad.

A las once de la mañana vinieron á decirme que al niño le estaba entrando fiebre. Inmediatamente me trasladé á su casa, y mi primer acto fué aplicar el termómetro, que marcó 38°,2; respiración 36; pulso 136, con los mismos caractéres: me alarmé de tal modo, que yo mismo fuí á la botica y pedí dos gramos de bisulfato de quinina disueltos en doce de vehículo para inyecciones hipodérmicas, y *dos gramos* en 250 de decocción de quina, para enemas. En cuanto llegué á casa del niño (serían las 12 y media) le inyecté *dos gramos* de la disolución *quínica*, y se le puso la tercera parte del enema, alimentos y estimulantes como ántes.

A las dos de la tarde, otra inyección de *dos* gramos, otra vez, de la disolución quínica. El parecía cada vez más postrado, poco sensible á las inyecciones hipodérmicas. Supresión de orines. Sin la menor apariencia de ictericia-inquietud.

A las cuatro de la tarde, sintiendo la piel fresca, volví á aplicar el termómetro: sólo marcó 37°,2, la temperatura del principio; pero la respiración había subido á 44, y el pulso á 146 por minuto, con tendencias á desaparecer por momentos; se enfriaban las extremidades y había ciánosis. Ante ese cuadro, sólo inyecté un gramo de la disolución de quinina, á las 4 de la tarde; como á las seis era tan grande la anestesia, que se tocaba la conjuntiva con la punta del dedo índice, y ni siquiera pestañaba el enfermo. Este siguió debilitándose cada vez más: como á las once de la noche, 24 horas después de haberle visto por primera vez, tuvo unas contracturas de los antebrazos, se enfriaron las extremidades, se fué debilitando el pulso, y se extinguió el enfermo, precediendo á la muerte un fuerte y corto estertor traqueal (1).

Así, pues, hasta 1884, no habíamos tenido ningún caso de fiebre de borras verdaderamente intermitente; los casos que hasta entónces habíamos recogido, fueron de tipo remitente ó sub-contínuo: esta circunstancia, la ictericia real ó aparente en casi todos los casos primitivamente observados, la presencia de cierta cantidad de albúmina en los orines, *á veces;* los vómitos de borras, en que Féraud, Porte y nuestro compañero el Dr. Bonet, de Sagua, habían encontrado sangre, ya con el microscopio, ya con los reactivos, inclinaron nuestro ánimo, como dijimos antes, á no ver en las fiebres con borras, más que una modalidad de la fiebre amarilla; por eso la llamamos «vómito de los criollos».—En 1884 reprodujimos en la *Crónica Médico-quirúrgica de la Habana*, nuestro primer trabajo, impreso en Sagua la Grande en 1881, con las modificaciones oportunas, y haciendo hincapié en el cambio que había sufrido nuestro modo de ver por lo que hacía á la naturaleza de la afección.—Ese primer trabajo, el publicado en 1881, fué traducido y publicado en sus partes esenciales por el Dr. D. Rodolfo Matas, distinguido médico—de New Orleans—en el *Medical and Surgical Journal* de aquella ilustrada población. Entonces vivía aún el reputado clínico Faget, tan conocido por su monografía sobre la fiebre amarilla, como competente en piretología americana; Faget rechazó desde el primer momento la opinión de que aquella afección fuera la verdadera endemia americana; para él, aquellas observaciones correspondían á fiebres palúdicas hematemésicas: Saint-Vel también trae dos observaciones, que aunque cortas, son características, y las coloca

(1) Vamos á decir aquí, una vez por todas, á los que pretenden siempre invalidar las observaciones de las fiebres graves de estos países por falta de autopsias, que hasta ahora, esa exigencia no es más que una muletilla sin importancia; hasta ahora no conocemos, de ninguna de esas fiebres, inclusa la misma fiebre amarilla, la característica *anátomo-patológica;* tenemos que conformarnos con los *síntomas y las formas clínicas, porque no hay otra cosa.*

entre las fiebres perniciosas; todo eso, unido á las razonadas observaciones que nos hicieron los Drs. Finlay, Saenz Yanez, Montalvo etc. etc., en la Sociedad de Estudios Clínicos de la Habana, en donde dimos lectura á ese trabajo, inclinaron mi ánimo á interpretar de distinto modo la naturaleza de la afección que observamos; y cuando tuvimos casos de verdaderas intermitentes con borras, ya entónces formulamos nuestra opinión de la manera que hemos dicho anteriormente, y que hasta ahora creemos exacta.

En efecto, ni la marcha del pulso y la temperatura son idénticos á los de la fiebre amarilla, ni su curso es parecido, ni hay el íctero, la cantidad de albúmina ni las hemorragias de la fiebre amarilla de igual intensidad, ni con la misma constancia, ni los pródromos son idénticos; ni la fiebre de borras es contagiosa, ni la hemos visto trasmitirse de un individuo á otro en ningún caso; que ataca con preferencia á los niños de todas las razas; que cuando es epidémica es muy mortífera; que el desarrollo de la afección corresponde á localidades esencialmente palúdicas, ya haya casos de vómitos simultáneamente ó no, como lo hemos observado en Sagua. Por todos esos motivos, y otros que sería prolijo enumerar ahora, hemos creido y creemos que se trata de verdaderas fiebres palúdicas con vómitos de borras; porque aunque no rechazamos la idea de que en el tifus, la fiebre tifoidea y otras fiebres contínuas se puedan presentar borras en este clima, hasta ahora no lo hemos visto nunca, y no recordamos que el Dr. Laguardia haya citado casos en su interesante trabajo sobre la *Fiebre tifoidea en la Habana.*

Las fiebres de borras se separan, para nosotros, al ménos, de todos los tifus, porque no es contagiosa; pues si bien se han citado casos numerosos y simultáneos en una localidad determinada, eso indicaría un carácter epidémico, y no indicaría de un modo absoluto, como no ha faltado quien lo pretenda, sin más pruebas que su opinión, de que pueda trasmitirse de un individuo á otro. Por otra parte, admitir con tanta facilidad como lo hacen algunos, que fiebre de borras y fiebre amarilla es la misma cosa, cuando la primera suele cebarse más particularmente en los niños nacidos en el país, es subvertir, con simples creencias y opiniones, todas nuestras nociones, hijas tambien de la observación, sobre aclimatación, inmunidad, etc., etc.; lo cual no implica, de ninguna manera, que rechacemos la idea de que los criollos no pueden padecer tambien de vómito negro; siempre hemos creido que en ciertas y determinadas condiciones pueden morir tambien de fiebre amarilla.

En cuestión de tanta trascendencia como la de que nos ocupamos, ya para la conservación y desarrollo de nuestra población, ya para la ciencia y la práctica diaria en general, no hemos querido limitarnos á

nuestra opinión, por muy fundada que nos parezca, porque dudar de sí mismo, es ya encaminarse á aprender algo: la oportunidad de salir de dudas nos la brindará la reunión de nuestro primer *Congreso Médico*, y ese mero hecho tenía que implicar nuestro incondicional apoyo á esa obra de progreso; ¡qué diríamos si hubieramos de considerar la obra en conjunto, sus alcances y su utilidad práctica, aunque no fuera más que para crear lazos profesionales que no existían!

Decir que afirmamos la naturaleza palúdica de la fiebre de borras, es dar por sentado su tratamiento entre compañeros que tienen conciencia de su responsabilidad y que no aceptan *d'un cœur léger*, según la frase tan célebre como desgraciada de un *experimentador* político, las fantásticas y peligrosas concepciones de otros experimentadores tan caprichosos como temerarios.

Así, en *las fiebres de borras*, como en todo paludismo, emplearémos con *oportunidad*, constancia y á *dósis conveniente*, las sales de quinina; y decimos *dósis conveniente*, porque hemos oido decir á algunos, que en las fiebres perniciosas debe darse la quinina *á cucharadas*. No olvidemos que con cuatro ó cinco gramos de quinina, *á lo sumo*, administrados oportunamente, en general, y *cada 24 horas* á *un adulto*, se cura cualquier acceso pernicioso (Véase *Crónica Médico-Quirúrgica de la Habana*, Febrero de 1888, *Casos insólitos de Fiebre Perniciosa por A. W. Reyes)*: los casos de amaurosis por el abuso de la quinina parecen ser más frecuentes.

En los casos de alguna duración, el ácido arsenioso será un coadyuvante no despreciable de la quinina: los estimulantes quinales son siempre útiles, y los baños fríos han dado buenos resultados.

Nuestras conclusiones, pues, son las siguientes:

I.—Lo que se ha llamado *vómito de los criollos*, no existe como entidad morbosa: el vómito de los criollos viene á reducirse á tipos intermitentes, remitentes ó sub-contínuos de fiebres palúdicas perniciosas con borras.

II.—No constituyendo el vómito de borras una característica propia de la fiebre amarilla, hay que determinar sus condiciones patogenéticas en las diversas afecciones en que se presenta; problema de micro-bacteriología, cuya solución recomendamos á los aficionados á ese género de estudios.

III.—Hemos visto epidemias de fiebres de borras, pero nunca su propagación por contagio.

IV.—Hay epidemias *mixtas*, es decir, en que todas las causas infecciosas extreman su acción al mismo tiempo. En la epidemia de Sagua de 1881, había, al mismo tiempo, fiebre amarilla, fiebre de borras, fiebres palúdicas de todas formas, y una *constitución médico biliosa*, que todos pudimos observar.

V.—La aparente impotencia de la quinina en algunos casos, es debida á la intensidad de la intoxicación, y de ningún modo, á un origen infeccioso distinto al de la malaria.

El Sr. Presidente concede la palabra para argumentar y no habiendo quien la pida dá por terminada la sesión.





CUARTA SESION.

(18 de Enero.)

Presidencia: Dr. Zayas.

El Sr. Presidente: Queda abierta la sesión.

El Vice-Secretario, Dr. Dueñas, dá lectura al acta de la sesión anterior, que fué aprobada, después de hacer constar el Dr. A. W. Reyes, de Sagua, que su trabajo no se había discutido á pesar de diferir del presentado por el Dr. Gutierrez Lee.

A continuación leyó dos mociones recibidas: la primera, conducente á que el Congreso recomendara á la Sociedad de Estudios Clínicos el importante asunto de las «Fiebres de borras,» á fin de que abriera sobre éstas una información análoga á la que en época anterior llevó á efecto con la cuestión del Tétanos, y la segunda moción, fundada en el considerable número de trabajos presentados, solicitando que, desde el día 19, se celebren dos sesiones, una al medio día y otra á la hora que se han verificado las anteriores.

El Sr. Presidente, después que fueron tomadas en consideración ámbas mociones, indicó que, á su juicio, lo relativo á la primera correspondía al Congreso por medio de una comisión, que, nombrada al efecto, funcionara al propio tiempo que él y viniera á dar cuenta de sus deliberaciones en la última sesión, y terminó concediendo la palabra para la discusión del punto á que se hacía referencia.

El Dr. Montalvo: llama la atención sobre el poco tiempo de que podría disponer esa Comisión para un asunto tan árduo, y, por lo

tanto, crée más oportuno tratarlo en el próximo Congreso, lo cual espera por su importancia misma y por la que realmente inspira á los médicos de Cuba.

El Dr. Reyneri: propone que, tanto la Sociedad de Estudios Clínicos, como los miembros del actual Congreso, traigan el contigente de conocimientos que puedan y sean necesarios, á fin de que en el inmediato se haga la mayor luz posible en tan importante cuestión.

Los Dres. Plá, Moreno de la Torre y San Martín proponen que se nombre una comisión que estudie para el próximo Congreso la cuestión de las «Fiebres de borras;» que figuren éstas como tema para el mismo y que, independientemente, la Sociedad de Estudios Clínicos, abra la información solicitada; fundando su proposición en que miéntras más espacios se abran á la luz para el estudio de tan interesante, como aún poco conocida materia, tanto más fácil será la investigación, más abundantes los datos y más provechosos los resultados.

El Sr. Presidente, dispone que se lean por el Sr. Secretario las proposiciones discutidas y las somete á votación, resultando aprobada por mayoría la de los Dres. Plá, Moreno y San Martín.

Acto contínuo puso á votación el Sr. Presidente los miémbros que debían componer la Comisión del Congreso, obteniendo mayoría los Dres. Gutierrez Lee, Tamayo, San Martín, Dueñas, Plá, Laguardia, Reyneri y Moreno de la Torre, quiénes aceptaron tan honroso encargo, significando por él su reconocimiento al Congreso.

El Sr. Presidente: Se somete á consideración la segunda moción y en caso afirmativo, se abre discusión sobre ella. Fué aprobada por aclamación unánime en la forma que se había presentado.

El Sr. Presidente: El Dr. San Martín tiene la palabra para dar lectura á su trabajo, titulado:

El riñón en la fiebre amarilla.—Estudio anatomo-patológico.

Por el Dr. D. Julio San Martín.

Sr. Presidente, Sres.:

Un Congreso médico, reunido en un país intertropical, como el nuestro, es natural que dedique su atención de un modo preferente ó principal, por lo ménos, á la discusión de los abundantísimos problemas patológicos, que, planteados desde hace largo tiempo, están muy léjos, en su mayor parte, no ya de haber recibido cumplida resolución, pero ni aún siquiera, sobre todo para algunos de entre ellos, de haberse colocado en la vía ancha y recta que ha de conducir á la verdad.

Realmente el nutrido capítulo de Patología médica, que, usando de una frase convencional, se ha dado en llamar «Patología intertropical,»

está aún lleno de incógnitas, y es esto tanto más de deplorarse, cuanto que dichas enfermedades son generalmente muy graves y algunas revisten, á veces, carácter epidémico.

Por otra parte, baste para justificar esta preferencia, consignar el hecho de que conocer estas enfermedades, sería estar muy cerca de poderlas evitar ó dominarlas, resultado íntimamente unido á trascendentales cuestiones de vida y porvenir para estos países y aún para los que, en íntimo trato con ellos, se ven amenazados, á menudo, por el azote temible de su invasión.

Y no hay necesidad de aducir pruebas. Todos conocemos los esfuerzos poderosos y perseverantes del Gobierno de la Unión Americana, que más inmediatamente amenazado y justamente preocupado por la mayor frecuencia con que una de nuestras enfermedades, la más terrible, invade su territorio, procura por todos los medios esclarecer el aún oscuro problema etiológico, que ha de llevarlo, quizás ántes que á nosotros, dada la actividad que para ello desplega, á ponerse á salvo de los brutales ataques del veneno amarillo.

Estas breves líneas que anteceden, no tienen más objeto que explicar porque voy á ocuparme de una cuestión, que parecerá, quizás, inoportuna por ya muy tratada. Sin embargo, me figuro que todo lo que sea estudiar prolijamente una enfermedad como la fiebre amarilla, no ha de ser tiempo perdido, y tanto más, cuanto que, preciso es confesarlo, no me parece que todo lo que sobre ella se ha escrito lleva impreso el sello de la mayor corrección, sobre todo si la consideramos desde el punto de vista de los conocimientos nuevamente adquiridos en la ciencia.

Por lo que al riñón atañe, recorriendo la bibliografía de la cuestión, fácilmente veremos, que quizás el solo punto en que se está de completa conformidad, es el siguiente: el riñón es uno de los órganos que siempre sufre en la fiebre amarilla. Pero, si se entra en el análisis de las lesiones descritas, ¡cuánta diferencia en los hechos y en la interpretación! Por estas razones, y además por las especialísimas circunstancias en que aquí estamos colocados para estudiar con verdadero fruto esta enfermedad, es por lo que he emprendido dicha investigación. Principalmente, desde que se inauguró entre nosotros el estudio de ella por los procedimientos de la bacteriología, es también desde que he podido dedicarme á ello, porque, practicándose las autopsias muy poco tiempo después de la muerte, (á menudo, una ó dos horas solamente) es evidente que había de encontrar las vísceras, aún no modificadas por el proceso de la putrefación y, por consiguiente, en condiciones inmejorables para apreciar la cantidad y calidad de las alteraciones patológicas, que en su íntima estructura han sufrido aquellas.

Siempre hemos cuidado de no tomar para nuestra investigación, sino vísceras de cadáveres muy recientes, y la mayor parte de las veces, usando de la siguiente técnica: envolviámos el riñón, comprendida su cápsula y atmósfera grasosa ambiente, después de lavado en solución de sublimado al 1 × 1,000, en vários pliegos de papel de filtrar y lo colocábamos en un frasco entre capas de hielo. De este modo lo trasladábamos al laboratorio, en donde procedíamos á la estracción de las partes que nos convenían y que eran unas veces fijadas por el alcohol, otras por el ácido ósmico en solución al 1 × 100. Otras veces, practicábamos los córtes por medio del microtomo, en el tejido fresco, sin tratamiento por ningún reactivo, congelando con el chorro de bicloruro de metilo. Estos últimos córtes sufrian diversos tratamientos; ya eran fijados por el ácido ósmico al 1 × 200, ya por el alcohol ó ya montados, sin coloración prévia, en glicerina anhidra, con objeto de evitar que el agua de los reactivos se mezclase con los productos contenidos en los canalículos uriníferos, diluyéndolos y contribuyendo á su evacuación. Las coloraciones que hemos empleado han sido para córtes con exclusivo objeto histológico: el picro-carmín de Ranvier, el carmín acuoso al alumbre de Grenacher y la hematoxilina al alumbre de Bœhmer, que hemos empleado, (esta última) después de algunos días de preparada, según los procederes clásicos, y también recientemente hecha la mezcla; procedimiento este último, que nos ha dado resultados verdaderamente notables, tanto por la poca tendencia á sobrecolorear, cuanto por la delicada acción electiva sobre la cromatina de los núcleos, que nos ha permitido amenudo observar bellas figuras carioquinéticas. Los córtes se montaron en el líquido de Farrant, ó en la resina de Dammar al xilol para las preparaciones permanentes y en la glicerina fórmica al 1 por 100, ó anhidra, como ántes hemos dicho, para las transitorias, que solo habían de servir para observaciones de momento.

Las piezas tratadas por los procedimientos de induración lentos, han sido siempre incluidas en colodión, con objeto de mantener en perfecto estado la posición de los respectivos elementos, coloreándose y montándose el córte, sin disolver el colodión, proceder técnico que nos ha parecido ventajoso.

Nuestras observaciones se han llevado á cabo sobre más de veinte casos, cuya terminación había sobrevenido en días variables, pero sobre todo entre el cuarto y séptimo y durante tres épocas distintas, los veranos de 1887, 88 y 89.

Aspecto macroscópico.—El aspecto macroscópico del riñón varía grandemente en relación directa con la época en que ha sobrevenido la muerte. No es infrecuente que esta ocurra ántes ó durante el quinto día, aunque más comunmente es después. En el primer caso, el riñón

se presenta más ó ménos aumentado de volúmen y su coloración varía del rojo débil al intenso, salpicado de manchas más claras, es decir, el aspecto conocido ó descrito con la denominación de «riñón marmóreo,» viéndose algunas veces placas equimóticas y puntos hemorrágicos sub-capsulares, y las estrellas de Verheyen muy inyectadas y aparentes bajo la cápsula. En estos casos no es raro ver, al córte, en la sustancia cortical, resaltando sobre el fondo rojo de esta, pequeñísimos puntos rojos intensos de pequeño relieve, que corresponden á los glomérulos de Malpighi, que son asiento de focos hemorrágicos intensos. Los vasos de la sustancia intermediaria pueden verse con facilidad á simple vista ó con la lente enormemente distendidos. El color pálido, habitual de la sustancia medular, se vé interrumpido por estrias longitudinales rojas, acusando el estado de repleción de los vasos rectos. En una palabra, se notan los signos todos de una congestión renal, tanto más intensa, cuanto que la muerte ha sobrevenido más temprano; congestión, que como ya llevo apuntado, llega á veces á la hemorrágia. Cuando la terminación fatal es más tardía (caso más común), el riñón no ofrece muy marcadas variaciones en su volúmen, siendo su coloración normal y algunas veces de un tinte amarillo pálido, como ictérico. La cápsula se presenta aumentada de espesor amenudo, pero nunca hemos comprobado su adherencia, sino que, al contrario, siempre es fácilmente enucleable. En dos casos hemos encontrado discretos focos purulentos sub-capsulares, cuyo volúmen variaba desde el de una cabeza de alfiler al de un grano de mijo ó algo mayores, sin que nunca hayamos encontrado estos focos en el espesor del órgano. Estos abcesitos miliares, son, sin duda, dependientes de infecciones secundarias, por lo que no merecen una especial mención en este estudio.

La coloración amarilla, denunciante de la degeneración grasosa, estamos léjos de haberla encontrado constantemente (sólo próximamente en el $\frac{1}{3}$ de los casos) y siempre en casos de larga duración, siendo necesario distinguirla del color amarillo pálido de que ántas hemos hablado y que no corresponde, en modo alguno, á la degeneración adiposa. La consistencia del tejido renal es casi siempre normal, ó poco disminuida.

Aspecto microscópico.—Aunque la variedad de lesiones encontrada es grande, considerando que no son prácticamente, en general, sino gradaciones diversas del mismo tipo anátomo-patológico, adoptaremos en su descripción la clasificación siguiente: 1º riñón en casos de muerte temprana; 2º riñón del 5º al 7º día; y 3º en casos de terminación más tardía.

Estoy léjos de creer que este modo de considerar el asunto esté libre de justificada crítica, al contrario; pero si bién en su esencia

puede variar la naturaleza ó el orígen del proceso patológico, era necesario buscar, en un trabajo como este, neccsariamente sintético, corto, un modo práetico de resolverlo; por consiguiente, debe considerarse dicha división solo como artificial en cierto modo.

1ª variedad.—Cuando sobreviene la muerte en un período de la enfermedad próximo á su comienzo, la investigación microscópica, puede decirse que está de antemano definida por el aspecto á simple vista. En efecto, los córtes en cualquier dirección que sean, muestran la sustancia renal absolutamente congestionada. Este aspecto es sobre todo bién notable en los córtes no coloreados y montados en glicerina anhidra, en que puede la repleción vascular considerarse como una inyección fisiológica, espontánea. Los vasos sub-capsulares y sus ramificaciones, que penetran la corteza renal, los de mayor calibre de la sustancia intermediaria, con sus ramos corticales (arterias glomerulares) y sistema capilar que de ellos dependen, están llenos, distendidos por verdaderos tapones de sangre en que pueden distinguirse perfectamente los elementos que componen las coagulaciones intravasculares; las asas del glomérulo, lo mismo, distendidas, llenando por completo el pelotón vascular, la cavidad de la cápsula de Bowmann. Los vasos de la sustancia medular, resaltan como líneas rojo-oscuras en los intérvalos de los tubos; los plexos peripapilares igualmente llenos. Cuando la congestión ha alcanzado su mayor intensidad y ha llegado á ser hemorragia, es sobre todo al nivel del glomérulo dónde estas hemorragias se verifican, apareciendo los coágulos como figuras semilunares que abrazan por su concavidad el pelotón vascular.

Pero, aunque este es el aspecto más resaltante del tejido renal, debo decir, que nunca he encontrado estas congestiones puras, es decir, presentándose como único proceso. Léjos de eso, quien quisiera tomar el riñón amarillo como tipo de congestión renal, sufriría inmediata decepción. En efeeto, constantemente acompañan á la congestión alteraciones de los epitelios ó del tejido conjuntivo interstieial. En primer lugar, sobre todo cuando la congestión es de regular intensidad, en que los vasos no están repletos al máximun, se puede ver claramente una exudación en la cápsula de Bowmann, bastante abundante, de apariencia albumino-granulosa. En la mayor parte de los casos, ya se comprueba la implicación de los epitelios, sea el revestimiento endotelial de la cápsula, sea de los epitelios de los tubos contorneados y asas de Henle. Estos epitélios están más granulosos que de ordinario, las estriaciones basales de las eélulas, poco aparentes, los núeleos, sin embargo, bien visibles. Las estremidades eelulares que forman la luz del tubo aumentadas de volúmen, y en el interior de estos, esferas hialinas que los llenan más ó ménos completamente. En este período las divisiones intercelulares son aún bastante netas y

los núcleos toman bién la coloración, pero no es raro observar que en muchos tubos las estremidades internas (es decir que miran al interior de los tubos) de las células se han fundido, presentando un platillo contínuo muy neto, comparable al que normalmente presentan los epitelios de la mucosa intestinal; este platillo está interrumpido á veces, y siempre en los tubos que contienen bolas hialinas y materiales granulosos, que probablemente son producto de exudación y destrucciones celulares, puesto que estas masas intratubulares, están colocadas al nivel precisamente de las soluciones de continuidad de dicho reborde. Además, el tejido conjuntivo intersticial está hinchado, edematoso, lo que explica el ligero aumento de volúmen del órgano.

Según toda probabilidad, estas lesiones epitelio-conjuntivas son concomitantes del proceso congestivo y dependientes de la misma causa; es decir, que pienso que no es la congestión la que las produce esclusivamente, porque las he visto en casos de congestión poco intensa, en el mismo grado que en casos de congestión más fuerte, si bién es indudable que son lesiones del tipo de las que produce un ataque congestivo no infeccioso, por lo que debe admitirse alguna influencia del estado circulatorio sobre ellas.

Estas son las lesiones que se podrían llamar elementales, es decir, reducidas al mínimum, y que forman la transición por suave pendiente á la 2ª *variedad*, la más común de todas las que se encuentran. En estos casos he buscado siempre con cuidado si existía alteración grasosa de los epitelios y nunca he podido encontrarla, por más que he practicado numerosos córtes por congelación en riñones completamente frescos y los he fijado inmediatamente en la solución de ácido ósmico al 1 × 200.

En la 2ª VARIEDAD, se encuentran lesiones comunes con la primera, más otras que son como un momento más adelantado del proceso patológico, y otras aún, que difieren por su asiento anatómico. Aquí debemos estudiar dos procesos distintos por su localización, uno epitelial y otro conjuntivo.

En los glomérulos se notan los caractéres de una inflamación enérgica (glomerulitis aguda). El endotelio de la cápsula de Bowmann en activa proliferación; los núcleos del glomérulo mismo sumamente numerosos, cubriéndolo literalmente, por asi decirlo. En la cavidad capsular un exudado, más ó ménos abundante, en que existen numerosos leucocitos, efecto probable de una activísima diapedésis. La cápsula misma más gruesa y en ciertos casos (correspondientes, como luego veremos, á un tipo de nefritis conjuntiva) como desdoblada en muchas hojas ó láminas, conteniendo numerosos núcleos (elementos embrionarios) fusiformes. Los tubos contorneados son asiento de intensas lesiones epiteliales. Raro es encontrar uno en que el epitelio

conserve sus caractéres normales. Las células están fuertemente granulosas en su parte basal, que puede decirse que es la única conservada, puesto que su estremidad interna está completamente destruida, convertida en un detritus granuloso, mezclado de esferas hialinas que llenan más ó ménos completamente la luz del canalículo. Los núcleos aparentes y bastante bién coloreados, están contenidos en una masa de protoplasma contínua, que tapiza la pared del canalículo y en que no puede distinguirse la diferenciación normal en células. Ya, á esta altura, se encuentran, en las preparaciones tratadas por el ácido ósmico, granulaciones y aún montones de ellas reunidas, coloreadas en negro ó moreno oscuro, indicio evidente de la presencia de materiales grasos. En ciertos tubos, esa masa protoplásmica contínua, que reemplaza ó representa el revestimiento epitelial del tubuli, se encuentra despegada de la pared hialina de este, y, por consiguiente, flotando en su cavidad. Las asas de Henle presentan su epitelio con las mismas lesiones, más ó ménos; encontrándose los tubos llenos de cilindros hialinos ó colóides y en casos de hemorrágias, aún fibrinosos. Los epitelios de los tubos colectores bién nucleados, pero en proliferación activa; esta diferencia grande entre las lesiones que presentan los epitelios de las partes secretantes (tubos contorneados y asas de Henle) y de las partes puramente conductoras (tubos colectores) no debe de llamar la atención, puesto que bién sabido es que los epitelios, miéntras más diferenciados, es decir, más aptos para llenar más elevadas funciones, sufren tanto más intensamente de cualquier proceso irritativo, cayendo rápidamente en estado de muerte; en tanto que los colocados más bajo, en función fisiológica, reaccionan más bién como el tejido de que son, histológicamente hablando, más vecinos, del tejido embrionario; por lo cual reaccionan como éste, es decir, proliferan. Este es en sus rasgos más generales, en sus principales jalones, el tipo de lesion más comunmente encontrado en el riñón de la infección amarilla y el que en general se ha descrito más ó ménos fielmente: es decir, la nefritis parenquimatosa.

Pero creo que debo señalar también otro tipo de lesión muy interesante, y tanto más, cuanto que no la he encontrado descrita en ninguna parte. Hablo de una nefritis verdaderamente conjuntiva. En estos casos, no vaya á creerse que es una esclerósis de la pirámide, ó que comienza por ella, sino que también lo es, y en mi opinión concomitantemente con aquella, cortical. Son los casos de cápsula engrosada y llena de núcleos fusiformes ó aún de islotes embrionarios puros; en que el glomérulo aparece completamente cubierto por una verdadera lluvia de núcleos, que se insinúan en su masa; en que la cápsula de Bowmann, aparece dividida en hojas múltiples, con espacios fusiformes repletos de núcleos embrionarios; en que la pared del túbuli

contorti, está más gruesa y el tejido conjuntivo intertubular más aparente é infiltrado de elementos jóvenes. Al rededor de los vasos mismos, se advierte una abundancia mayor ó menor de tejido conjuntivo. En estos casos de verdadera esclerósis, las lesiones epiteliales varían, siendo repartidas con cierta desigualdad, pués al lado de séries de tubos dilatados, de epitelio más ó ménos aplastado, granuloso de aspecto, y entre los cuales se vé el tejido conjuntivo aumentado de espesor, con cierta apariencia gelatinosa, se ven otras, en que los epitelios parecen hipertrofiados, globulosos, y poco granulosos, con sus núcleos redondos bien netos. No es raro ver en estos casos las arteriolas, cuyas paredes engrosadas las mantienen bién abiertas en los córtes, con su luz algo disminuida; en resúmen, una verdadera periarteritis, con endoarteritis, como lo demuestra la tumefacción de su endotelio. Es pues, una verdadera nefritis esclerósica, primitiva, que bién domina la escena patológica ó bién existe concomitantemente con la nefritis puramente epitelial. Y es tanto más importante hacerlo constar así, cuanto que, como luego veremos, jamás la esplica la presencia de bacterias, como sucede en otros nefritis recientemente descritas por Albarrán y que llama «nefritis esclerósica simple, de orígen microbiano,» puesto que en la infección amarilla no ha sido posible hasta ahora, por ningún proceder directo ó indirecto, demostrar la presencia de un micro-organismo patógeno.

La 3ª VARIEDAD, de riñón amarillo, corresponde, como hemos dicho, al grado más avanzado de las lesiones, en los casos de muerte tardía. En este caso las lesiones llegan al más alto grado y creo que son estos riñones los que en general hán servido de tipo á las descripciones histo-patológicas de la fiebre amarilla, por cuanto son en primer grado degenerativas. Aquí ya se encuentra casi siempre ó, mejor dicho, siempre, pero en grado mayor ó menor de intensidad, la degeneración grasosa. La desintegración epitelial llega al máximo, no siendo raro encontrar tubos contorneados, completamente vacíos y constituidos solo por su pared hialina, deformados, elípticos y aún completamente colapsados. En los tubos que conservan su epitelio está este constituido por una masa granulosa que lo llena completamente, y en que abundan extraordinariamente las granulaciones de grasa. En el resto de los epitelios tubulares, se vé la misma lesión, con mayor ó menor intensidad. Los cilindros colóides y hialinos abundan, llenando completamente la luz de los tubos correspondientes. Las paredes de las arteriolas se muestran también infiltradas de grasa. Es decir, que en estos riñones se vé, no ya una lesión, que, sin embargo, se ha considerado como específica, sino el último término del proceso inflamatorio rápido y brutal á que está sometido el riñón en la infección amarilla.

Estas són, en condensada descripción, las lesiones principales que presenta el riñón en la fiebre amarilla y que debían ser completadas por el estudio bacteriológico de las mismas. Desgraciadamente nada en este sentido ha dado resultado, como veremos en seguida.

El hecho, en mi opinión, hoy demostrado, de que ninguno de los medios de investigación bacteriológica, de los que actualmente se emplean, ha sido capáz de denunciar la presencia del micro-organismo patógeno en la sangre de los atacados de fiebre amarilla, inducía á admitir que no había de encontrarse la presencia de micróbios en el riñón, en dónde no caben sino infecciones ascendentes (venidas de las vías urinarias) ó infecciones descendentes, es decir, venidas de la circulación sanguínea ó linfática, y, por consiguiente, comenzando por el parénquima renal mismo. Conociendo el estado de integridad de los órganos urinarios inferiores por el hecho de la infección amarilla y la ausencia de gérmenes patógenos en la sangre, la deducción era legítima, y esto es lo que ha comprobado el análisis bacteriológico.

Cierto es que algunos autores han encontrado micróbios en el tejido renal (Babes, Freire, Billings), pero no es ménos cierto que ninguno de aquellos puede, ni con cierta probabilidad siquiera, ser acusado como el engendrador de la infección amarilla y, por otra parte, las autopsias en que los órganos han sido recogidos ó no se dice explícitamente en que condiciones se hicieron ó fueron largo tiempo después de la muerte.

Nuestras piezas han sido recogidas siempre en condiciones de la más absoluta seguridad de estrañas infecciones, tanto por la técnica empleada para ello y que ántes hemos descrito, cuanto porque nunca las hemos tomado en sujetos que tuvieran más de cuatro horas de muertos, y en los casos en que alguna bacteria se ha encontrado, ni por su número, ni por su localización, era suficiente para hacer pensar en una relación de causalidad entre ellas y las lesiones encontradas; por lo demás, tanto más reciente es la época de la autopsia, tanto ménos probabilidades se tiene de encontrarlas.

La idea primordialmente aceptada de que las nefritis infecciosas eran necesariamente producidas por el paso de las bacterias á través del filtro renal, produciendo en cierto modo mecánicamente las lesiones, tiene que ceder ánte los hechos numerosos hoy en la ciencia, en que se comprueban lesiones de mayor ó menor intensidad en el riñón, y, sobre todo, en su porción cortical, sin que pueda comprobarse la presencia de las bactérias, y esto, cuando, como en la fiebre amarilla sucede, se tiene la mayor seguridad de que la eliminación de estas no se ha efectuado durante la vida por la orina, pues la investigación directa de ellas, ya por medio de preparaciones, ya por los más exáctos de los diversos métodos de cultivo, ha resultado constantemente esté-

ril. Por otra parte, los hechos de eliminación bacteriana activa é intensa por el riñón, sin apreciable lesión de sus elementos histológicos, son también un hecho bién estudiado y admitido; probado diremos. Básteme citar como ejemplo perentorio, la eliminación abundantísima del bacillus anthracis sin determinar lesiones renales, ó solo ligerísimas; la más activa aún, si cabe, del bacillus de la infusión de jequirity, que llenan completamente el sistema circulatorio renal y se eliminan al cabo de un par de horas, en que ya aparecen dotados de su poderosa motilidad, en la orina, prodigiosamente multiplicados, no solo en los vasos sino aún fuera de ellos, entre las células epiteliales renales, y esto sin determinar el menor trastorno patológico en ellas; por último, en la septicemia de los ratones de Koch, y en la del conejo, del mismo autor, el mismo hecho tiene lugar, aunque en este caso si bién los vasos del riñón se encuentran verdaderamente repletos de las características bacterias (para la primera un bacillus corto y delgado, y para la segunda una bacteria grande y ovóide), no salen estos fuera de los vasos, pero, en cambio, su proliferación es asombrosa. Ahora bién, al lado de estos hechos, consignemos que hay sustancias que ejercen una acción electiva, por así decirlo, rapidísima sobre el riñón, tales, por ejemplo, la cantaridina. Sabido es, además, que la tendencia actual, cada vez más afirmada, multiplica los hechos de infecciones en que se hace intervenir á los micro-organismos, no ya tanto por su acción mecánica, sino por los productos de secreción de estos, (ptomainas y diastasas), de modo que muchas infecciones se explican por la acción de estos productos, resultado de la función vital de los micróbios, y que no son otra cosa que poderosos tóxicos, cuya acción es comparable á muchos de los más enérgicos tóxicos derivados del reino mineral ó vegetal. Y tanto es esto así, que según la clínica enseña, la duración de una infección debe de tomarse ménos en cuenta, que su calidad, es decir, que la naturaleza del agente tóxico y la cantidad de veneno absorvido.

Tales son los datos que concurren á esplicar, porqué, como en la fiebre amarilla sucede, son compatibles la presencia de lesiones graduadas, desde una ligera y que permite la *restitutio ad integrum*, hasta la más absoluta desintegración del riñón, sin que sea absolutamente necesario invocar la presencia de micro-organismos en el tejido de esta víscera.

Así pués, ni los medios directos de investigación, ni las siembras de orina bién hechas y de sustancia renal han dado resultado en casos ya innumerables, por lo que bién puede concluirse á la ausencia de bacterias en el riñón, en esta enfermedad. Pero, como quiera que sea, es esta una investigación que debe de proseguirse aún, sobre todo, á medida que medios nuevos de análisis, más perfeccionados, si cabe,

vengan á agregarse á los ya poderosísimos de que hoy dispone el bacteriólogo.

Resumiendo; son mis conclusiones:

1ª La infección amarilla implica, en la inmensa mayoría de casos, sino constantemente, el riñón.

2ª Las lesiones producidas por ellas no son siempre las mismas; por consiguiente, nó tienen nada de características.

3ª Dos son los tipos generales de lesiones: 1º epitelial, y 2º conjuntiva.

4ª La 1ª más común, se encuentra en más de los 4/5 de los casos.

5ª La nefritis conjuntiva, no por ménos frecuente, es ménos bién determinada.

6ª La degeneración grasosa no es una lesión específica en la fiebre amarilla, sino el resultado fatal de la muerte rápida de los epitelios activos.

7ª Las lesiones, según toda probabilidad, no son producidas de modo directo por los micróbios, sino por la sangre cargada de productos microbianos absorvidos en la vía gastro-intestinal:

El Sr. Presidente: El Dr. Semprun tiene la palabra para argumentar.

El Dr. Semprun: Después de felicitarlo calurosamente, pregunta al Dr. San Martín si recuerda la última preparación que le presentó, en la que se encontraba una nefritis conjuntiva; manifiesta que hay enfermos de fiebre amarilla que no acusan en su convalescencia el menor síntoma de nefritis y curan rápidamente, y termina manifestando su estrañeza por la rapidéz del proceso.

El Sr. Presidente: El Dr. Montalvo tiene la palabra.

El Dr. Montalvo: El Dr. San Martín afirma que no existen micróbios en el riñón y que las lesiones son producidas por ptomainas y que éstas se eliminan por el emuntorio renal. Estando tan en boga los estudios microbianos y de los alcalóides animales ó ptomainas pudiera haber hecho el Dr. San Martín, como Bouchard con la orina de los coléricos, inyecciones en conejo con la orina filtrada para ver si se reproducían las lesiones que manifiesta haber encontrado en el riñón, y haber llenado así el vacío que presenta su trabajo.

El Sr. Presidente: El Dr. Albarrán tiene la palabra.

El Dr. Albarrán (de Sagua): Consagra sinceros pláceme al Dr. San Martín por su importante trabajo, y le dice, que, si bién ha referido que encuentra inflamados los glomérulos, no ha descrito un proceder por el que, al sacar el riñón del cadáver, evite que se descongestione para estudiarlo; interrogándole, con tal motivo, como ha podido ver el glomérulo de Malpigio sin inyectarlo, y cual es el proceder de que se valió para ello.

El Sr. Presidente: El Dr. San Martín tiene la palabra para replicar.

El Dr. San Martín: Agradezco las frases de cariño que me han dirigido. La primera vez que encontré la nefritis conjuntiva fué por azár: después la he comprobado otras veces. La nefritis intersticial no es constante, pero la he observado en 1/5 de los casos.

Al Dr. Montalvo debo decirle, que en el Laboratorio tenemos organizada la división del trabajo: yo me he hecho cargo de la parte anatómica, y esa investigación á que se refiere, la practicará uno de mis compañeros.

Al Dr. Albarrán debo recordarle la división en fases que de la congestión del riñón hice en el cuerpo de mi trabajo.

No creo que se deban inyectar los glomérulos para observarlos, pues los estudio sin necesidad de inyección; por lo demás, el sistema vascular se encuentra atascado de tapones de sangre, que simulan una inyección de carmín.

El Sr. Presidente: El Dr. Plá tiene la palabra para leer su trabajo:

Naturaleza infecciosa del tétanos.

Por el Dr. Eduardo F. Plá.

El tétanos, considerado en estos climas como una de las complicaciones más frecuente y temible de los traumatismos accidentales, ha sido uno de los obstáculos con que han tenido que luchar los cirujanos para vencer los recelos del público, impresionado aún con la tradicional creencia de ser la secuela del mayor número de operaciones.

Necesario es llegar á esta última década para que esos temores se pierdan, gracias al empeño de nuestros cirujanos en demostrar que, aún las más sérias operaciones, cuando se practican con limpieza y por los procedimientos antisépticos, están exentas de esa complicación, no teniendo más peligros que los que le son inherentes, algunos, ménos comunes que en Europa.

En corroboración de esta verdad, basta decir que de 40 defunciones por tétano traumático, ocurridas en esta ciudad durante el año último, sólo dos han sido consecutivas á operaciones quirúrgicas.

Colocado el tétanos hasta hace muy pocos años en el inmenso grupo de las neurosis, término vago que, como el de la perniciosidad ha servido muchas veces para ocultar las faltas de ideas concretas acerca de la naturaleza de diversos estados patológicos, nadie osaba disputarle su puesto, á pesar de que á muchos no satisfacían las razones invocadas para colocarlos en ese grupo, que los progresos de la anatomía y el perfeccionamiento de los instrumentos de investigación han ido reduciendo cada vez más. Esta manera de considerar la enfermedad

ha estrechado el círculo de su medicación, sin que se intentase tomar precauciones para prevenirla ó para dismínuir su cifra de mortalidad, que aún se sostiene en un 50 por 100.

La concepción patogénica, impresa por las doctrinas Pasterianas á algunas enfermedades, que, como el tétanos, se creían perfectamente conocidas, los asombrosos descubrimientos realizados por la microbiología, con sus delicados procedimientos de investigación y de estudio, han hecho renacer la teoria de la infecciosidad del tétanos, concebida y tímidamente expuesta por Benjamin Travers en 1855.

Para este perspícuo observador, el tétanos era debido á un veneno especial, que, introducido por la herida en el torrente circulatorio, provocaba los accidentes que lo caracterizan; expuesta sin hechos que la apoyasen y en abierta oposición á las ideas reinantes, fué combatida rudamente, no tardando en caer en completo olvido, á pesar del apoyo que con su autoridad le prestaron, Bertoli en Italia, Panun en Holanda, Richardson en Inglaterra, Bilhroth en Alemania.

A intérvalos aparecían alguno que otro artículo de periódicos ó tésis en favor de esta hipótesis, pero los resultados negativos de las inoculaciones, hechas con sangre y pus de hombres y animales muertos de tétanos, por Tripier y Arloing en 1869, hicieron rechazarla á muchos inclinados ya á admitirla.

Follin y Vulpian, fijándose en la semejanza entre los síntomas del tétanos y los del envenenamiento por la estricnina, continuaron atribuyéndolo á una alteración particular de la sangre, del mismo género que la intoxicación estrícnica.

En 1882 renueva Nocard las tentativas de inoculación, empleando el líquido raquídeo, una emulsión de sustancia nerviosa del bulbo raquídeo de caballos tetánicos, é inyectándola en la cavidad aracnoidea, en la cavidad peritoneal, en el tejido conjuntivo, en las venas de conejos y cabras, con resultados idénticos á los de Tripier y Arloing.

Dos años después, estudiando Nicolaïer, en el Instituto de Higiene de Gottinga, los micro-organismos contenidos en la tierra, reprodujo el cuadro clínico del tétanos en 69 animales de 140, á los que había inoculado tierra tomada en diferentes lugares; tanto en la tierra como en el pus, formado en el punto de la inoculación, encontró varios micrococos y un bacilo largo y delgado, provistos algunos, en una ó en las dos extremidades, de un abultamiento de forma oval ó redondeada.

En 1886, su compatriota Rossembach halló, en el pus de la herida de un tetánico, un microbio idéntico al encontrado por Nicolaïer en la tierra de los jardines.

Al siguiente año renovó Nocard sus experiencias de inoculación, empleando entónces el pus procedente de caballos tetánicos y las partículas raspadas de los instrumentos con que fueron castrados; esta

vez con resultados tan positivos y evidentes, que es desde entónces un adepto convencido y un entusiasta propagandista.

Desde entónces la cuestión cambió de aspecto; á la indiferencia sucedió el interés, los incrédulos comenzaron á dudar y no tardaron muchos en convertirse, arrastrados por la rigurosidad de las experiencias llevadas á cabo por la escuela Alemana é Italiana, representadas por Carle, Rattone, Bonome, Giordano, Baert, Virhogin, Bscumer, Eisesberg y otros.

La mayor parte de los investigadores contestes están en admitir, como causa del tétanos, un microbio, que, introducido por la herida, actúa sobre determinada zona de los centros nerviosos, lo mismo que el vírus rábico. En su auxilio no tardarán en venir los clínicos á darle más fuerza con casos prácticos, en que la infecciosidad no será dudosa.

El orígen de ese micro-organismo empezó entónces á buscarse; unos, por encontrarse en la tierra y provocarse con la inyección de ésta síntomas de tétanos, lo creen telúrico; su más entusiasta campeón es el Dr. Rossembach; otros, basándose en la frecuencia de esta enfermedad entre los caballos y en que las tierras de cultivo, abonadas por lo general con estiércol y las de las calles, son las que producen esos síntomas, lo suponen de orígen animal ó equino: su más decidido caudillo es el Dr. Verneuil. Una y otra doctrina cuentan hoy con numerosos partidarios.

Brieger, á quien tanto debe la ciencia por sus trabajos acerca de las ptomainas, explicó el modo de obrar el micro-organismo inculpado por la *tetanina*, ptomaina aislada de sus cultivos y con la cual, inyectando algunos milígramos en conejos, les provocó convulsiones tónicas y clónicas, terminando por la rigidez tetánica del tronco y de las extremidades, que permanecieron en extensión completa; aunque Brieger pretende haber aislado otras dos ptomainas de sus cultivos, que distingue con los nombres de *tetanotoxina* y *espasmotoxina*, creemos sean estas modificaciones desdoblamientos ó formas impuras de la primera.

Con la génesis infecciosa se explica más satisfactoriamente la frecuencia del tétanos en determinadas épocas, hasta el punto de constituir verdaderas epidemias, sin que en otras, con iguales condiciones de temperatura y humedad atmosférica se observen; ella hace vér el por qué de su presentación, por lo general en los heridos sucios y mal cuidados; ella dá la razón de algunos síntomas, como las modificaciones locales de la herida, el dolor agudo, que, partiendo de ésta, se irradia por los nervios emergentes; anunciando, como en la rábia, con algunas horas ó dias, su invasión.

Enamorado de esta hipótesis, me hice su eco en el seno de la Sociedad de Estudios Clínicos, á la cual propuse abriera una información entre los médicos de la Isla, cuyos resultados se hallan consignados

en el informe, que, como ponente, tuve el honor de leer en dicha Corporación. (1) Entónces, sólo tres colegas aceptaban la teoría infecciosa; hoy su número ha aumentado: ya en nuestros hospitales se aislan á los tetánicos; confiamos en que sus adeptos se irán acrecentando á medida que los conocimientos bacteriológicos se generalicen; entónces se agregarán muchos casos considerados aún como verdadero tétanos y que sólo son manifestaciones de diversos procesos morbosos, actuando directa ó indirectamente sobre zonas no determinadas aún de la médula.

El Profesor Lampiasi, estudiando el tétanos idiopático, ha hallado un bacilo, de distintos caractéres á los de Nicolaïer, con el que ha provocado el tétanos típico por inoculación en numerosos animales, hecho que le ha llevado á pensar que el tétanos traumático y el idiopático son provocados cada uno por distintos agentes.

El tétanos infantil reconoce, según Beumer, la misma etiología que el traumático, pues ha conseguido reprodurirlo en los animales, inoculándoles bajo la piel pequeñas porciones de tejidos cortados de las inmediaciones de la herida umbilical; además, en el jugo de estos tejidos, halló un bacilo semejante al de Nicolaïer. Peiper, que repitió esas experiencias en otro caso, obtuvo igualmente resultados positivos; por último, Lope, de Marsella, refiere la observación de un niño que á los diez días de nacido fué atacado de tétanos y murió rápidamente: por sus indagaciones supo que algunos días antes del parto, la madre lavó las ropas con que había de vestir al nuevo infante en un charco de aguas corrompidas; tomó un poco de lino del fondo de dicho charco y de tierra de sus inmediaciones, con las que practicó en curieles inoculaciones, que dieron resultados positivos, lo mismo que las efectuadas con pus tomado de la herida umbilical del niño.

Esta forma de tétanos es en Cuba más frecuente que el traumático, pues de 4.323 niños, nacidos en esta ciudad en el año de 1889, fallecieron de tétanos 343, mientras que, en ese mismo tiempo, se asistieron en las casas de socorro 5.006 heridos, número que bien pudiera duplicarse por ser muchos los que, para evitarse las molestias de un proceso, no concurren á dichos establecimientos, arrojando sólo 40 casos.

Esta excesiva mortalidad de niños por el tétanos, á un Gobierno previsor, hubiera llamado ya la atención, y hubiera tratado de conocer las causas para dictar medidas y reglas con que disminuir sus desvastadores efectos.

Refleccionando acerca de esta hecatombe de niños, nos hemos preguntado si á ella no contribuiría el descuido, el desaseo de las llama-

---

(1) Eduardo Plá.—Del tétanos traumático.—Habana, 1888

das *recibidoras*, encargadas de prestar los auxilios en el acto del parto: no puede negarse, que, tanto éstas, como la mayor parte de las comadronas, desconocen los más rudimentarios principios y las reglas de la antisépsia moderna. Hay entre nosotros la costumbre de lavar al recien nacido con agua ligeramente templada: el agua de uso más general es la llamada de la Zanja, que corre gran trecho por tierras de cultivo, de donde arrastra sus micro-organismos, haciéndose así el medio de trasmisión del agente infeccioso. Hipótesis que someto á vuestra consideración y estudio y cuyo esclarecimiento me propongo emprender más adelante.

Tras la doctrina de la infecciosidad, vino como consecuencia natural la de contagiosidad; este es actualmente otro de los puntos en litigio y en espera de una resolución definitiva. Desde las verdaderas epidemias de tétanos, que según Larrey, diezmaron los heridos del ejército francés, durante las campañas de Egipto y de Austria, hasta nuestros días, innumerables son los casos de contagios señalados; la luminosa monografía de Collin y la reciente memoria de Verneuil en la Academia de Medicina de París, contienen un conjunto de hechos suficiente á traer el convencimiento á los más recalcitrantes. El Profesor Trelat, tiene el convencimiento de ser esta enfermedad contagiosa, pues dice la ha visto, como la infección purulenta, desarrollarse siempre en medios de infectados. Esas pequeñas epidemias de localidad son, por los datos y noticias que hemós podido recoger, bastante raras en Cuba, lo que abona en contra de los que aún continúan concediendo al tétanos aquí una intensidad y malignidad mayor que en Europa.

No obstante, con respecto á este particular, el respetable Dr. Regueira, me ha comunicado que en el ingenio *Banco*, finca de la jurisdicción de Güines, el tétanos era por el año de 1850, tan frecuente, que casi ningún herido escapaba á esta terrible complicación, y mi amigo el Dr. Borrero me dice que de Buena Vista á Marianao es más frecuente la enfermedad que en Puentes Grandes, tal vez por la distinta naturaleza del suelo.

Como hecho de contagio evidente, mi amigo el Dr. Fors me ha comunicado la siguiente é interesante observación:

Una sobrina suya, hija de padres saludables, nació en esta ciudad el 17 de Abril del año anterior, llamando la atención por lo hermosa y bien desarrollada. El 10 de Junio el Dr. Laguardia la vacunó con vírus genneriano, y al siguiente día la llevaron sus padres para Mántua (Pinar del Rio), yendo á vivir á la casa que ocupaba anteriormente y donde tuvieron un niño atacado de tétanos crónico, según diagnóstico de algunos facultativos de esta capital. Cuatro inoculaciones se le hicieron con el vírus vaccinal, y las cuatro dieron resultado, desarrollándose magníficas pústulas que siguieron su marcha normal. La

niña dormía en el mismo cuarto y tenía colocada su cama en el mismo sitio que ocupó la del niño enfermo del tétanos crónico; á la habitación no se le hizo modificación alguna, ni se usó nada para desinfectarla, permaneciendo cerrada durante cinco meses, tiempo que pasó la familia en la Habana. El 1º de Julio, existiendo aún dos pústulas con sus costras, notó la madre que la niña no mamaba bien; examinada por su padre, médico, observó existía un ligero trismo; sospechando en la enfermedad de referencia, se instituyó un tratamiento enérgico y apropiado, pero todo fué en vano: aquella progresó rápidamente, falleciendo el 5 de Julio de tétanos agudo sin que dejase de observarse un sólo síntoma de los que ofrece la citada enfermedad.

Con el fin de comprobar personalmente el valor de las doctrinas expuestas, he seguido el orígen de algunos casos de tétanos ocurridos en esta ciudad durante el año último, y he emprendido en el Laboratorio de la *Crónica Médico-Quirúrgica* una série de investigaciones bacteriológicas, en las cuales me han auxiliado los Doctores Dávalos, Acosta y Cisneros, que voy á exponer simplemente, sin deducir conclusiones terminantes, á mi juicio aún prematuras, que reservo para más adelante, cuando cuente con mayor número de casos y de hechos de comprobación.

De los ocho casos cuyo estudio he podido seguir, gracias á la bondad de los compañeros encargados de su asistencia, en cinco la infección ha sido telúrica, en dos equino-telúrica y sólo en uno no ha podido determinarse su orígen.

Observación I.—Dr. Fuentes.—Un botero, natural de Pontevedra, de 46 años de edad, entró el 27 de Enero de 1888, en el hospital "Las Mercedes," con trismo, disfagia, opistótono y una herida contusa en la pierna izquierda, borde de la tibia, de dos centímetros de extensión, causada con el filo de una de las estacas del muelle de caballería, en contacto con la tierra; los primeros síntomas aparecieron á los diez dias de recibida la lesión y la muerte ocurrió á los tres días de haber estallado aquéllos: tratamiento cloral y morfina.

Observación II.—Dr. Fuentes.—Un jóven peninsular, de 39 años, dependiente, se hirió el 6 de Enero de 1889, con un clavo oxidado y sucio de tierra, en la región palmar del pié derecho; el 18 empezaron los primeros síntomas, hasta el 24 no tomó cama porque las contracciones al principio invadían determinados grupos, empezando por los del cuello; á éstos siguieron los de las extremidades superiores y luego los de las inferiores; á fines de Febrero están completamente generalizadas. El Dr. Bango le sometió al tratamiento por el emético: murió á mediados de Abril. Inmediato á la casa donde vivía y contrajo la enfermedad, hay un tren de carruajes de alquiler con sus correspondientes cuadras.

OBSERVACIÓN III.—Dr. Moas.—Pardo, de 19 años, natural de Puerto Príncipe, vecino de San Isidro 68, herida en la región plantar derecha al nivel del primer espacio intermetatarciano, con una puntilla oxidada y sucia de tierra; inmediatamente hizo sangrar la herida y la cubrió con una capa de barniz. Ni ántes, ni después del accidente anduvo con caballos: en la casa donde vivía y ocurrió el hecho existe una cuadra que hace tiempo no se utiliza. Los primeros síntomas aparecieron á los ocho días y murió cuatro días después.

OBSERVACIÓN IV.—Personal.—Un pardo de 9 años, vecino de Corrales 179, recibió el 22 de Julio una herida incisa, como de cuatro centímetros de longitud, situada en la región plantar del pié derecho, de dirección transversal, que interesó la piél y el tejido celular subyacente. El fragmento de vidrio con que se causó la herida estaba en la calle, súcio de lodo; el día ántes había llovido y la herida se cubrió y llenó de éste: el Dr. Cueto, médico de la Casa de Socorro, la lavó con una solución fenicada, le puso tres puntos de sutura metálica y la cubrió después con una capa de iodoformo y algodón hidrófilo; los siete primeros días los pasó bien, el 29 le quité los puntos, por parecer cicatrizada la herida y al separarlos se entreabió nuevamente, dando salida á un líquido sanguinolento, de mal olor, con algunas partículas de tierra; lavé la herida con una solución fenicada y le apliqué vaselina iodoformada.

Al siguiente día por la tarde empezó á sentir disfagia, opistótono, epigastralgia y dolor agudo en la herida, que se abrió completamente. Estos síntomas se pronunciaron más y las convulsiones se generalizaron durante los tres siguientes días: el 2 de Agosto, el dolor en la herida era tan intenso que le hacía arrancar gritos: la temperatura por la mañana era de 41'4, los fenómenos axfísicos hacían prever el desenlace fatal, ocurrido á las 7 de la noche.

Con el pus de la herida se sembraron dos tubos de agar y dos de suero, los cuales se colocaron en la estufa de Arsolval á la temperatura de 37°; á las 24 horas ya había comenzado la germinación en los tubos, en la superficie de los primeros se desarrollaron dos colonias, una de color blanco rojizo y otra de color blanco anaranjado; en la segunda, una colonia de color blanquecino, prévia coloración por la violeta de genciana y la fuchina, se vió las formaban micrococcus y estrectococcus: no comprobé el bacilo cabezudo de Nicolaïer. Con el pus recogido en tres pipetas y disuelto en agua esterilizada se inocularon, por la vía subcutánea, tres curieles que permanecieron indemnes.

OBSERVACIÓN V.—Dr. Fuentes.—Un pardo, natural de la Habana, de 24 años de edad, cargador del muelle de Paula, ingresó en la hospital de «Las Mercedes» el 2 de Diciembre de 1888. A mediado del mes anterior sufrió una herida punzante con una astilla de madera,

súcia de lodo, en la parte interna del grueso artejo del pié derecho, de dos centímetros de extensión; á los pocos dias, obtuvo la cicatrización.

El 29 del mismo mes, á las dos semanas de recibida la herida, notó trismo y disfagia: á estos primeros síntomas siguieron todos los demás característicos de la afección. A su entrada, tenía T. 37'2 R. 20 y P. 120. Por la tarde, T. 38, R. 25 y P. 120. Como purgante se le administraron seis gotas de miel de abejas, mezclada, al tercio, con manzanillo, resina del árbol de su nombre, usada al parecer con algún éxito en Puerto Príncipe contra el tétanos y que mi amigo el Dr. Betancourt, de esa localidad, recomienda mucho.

Al siguiente día 3, los síntomas se habían acentuado mucho más, la T. 39, P. 112 y R. 27: empezó á dársele el tártaro emético hasta producir náuceas y sedación; por la tarde los síntomas se agrabaron, la T. se elevó á 40, el P. 130 y R. 36, y se hicieron algunas inhalaciones de cloroformo para calmarle las fuertes contracciones.

Esta misma tarde le ví con el Dr. Dávalos, el médico interno y el Dr. Fuentes, á quien debo los detalles de este interesante caso; con su autorización, incindo la cicatriz con objeto de recojer sangre para inoculaciones, dándose salida á un pus sanguinolento y fétido; con la aguja de platino esterilizada sembré en el acto varios tubos de gelatina y de agar, llené tres pipetas esterilizadas de pus, con el que inoculé tres curieles y un cerdo: ninguno presentó síntomas de tétanos, muriendo de piohemia dos de los primeros.

A las 7 de la noche, cuarto día de enfermedad, falleció, presentando de particular, algún tiempo después de su muerte, una elevada temperatura en la axila: el termómetro marcaba 42.°

A las 9, en unión de los Dres. Fuentes, Acosta y alumno interno, practiqué la autopsia; con todas las precauciones antisépticas, se extrajo el bulbo y la porción inmediata de la médula, la cual se hallaba reblandecida ó hiperemiada en una gran extensión; con ella practicamos por trepanación, como hace Pasteur para la rabia, las siguientes experiencias:

PRIMER PASE.

Bulbo del tetánico.........

Conejo A, murió á los 18 días, con trismo: el bulbo y la médula estaban reblandecidos; con el bulbo de este conejo se inocularon por trepanación un conejo E y por inyección hipodérmica un curiel A.

Conejo B, muere á los 21 días; desde el anterior no podía caminar, estaba triste: con el bulbo se hacen dos inoculaciones por trepanación en dos curieles, B y C y por inyección subcutánea en un curiel, D.

Médula del tetánico........	Conejo E, muere á los 21 días; desde el anterior empezó á experimentar contracciones del cuarto trasero, que le hacían caerse: murió con trismo, que se le presentó desde el día anterior. No se hicieron pases. Conejo D, muere á los 25 días; desde el anterior tenía convulsiones en el cuarto posterior, que quedaban en rigidez; el día de la muerte por la mañana no podia abrir la boca, echaba la cabeza hácia atras: con su bulbo inoculé un conejo F, y con la médula un conejo G.

SEGUNDO PASE.

Bulbo del conejo A.......	Conejo C, murió al siguiente día por traumatismo. Curiel A, muere á los cinco días con trismo y convulsiones en el cuarto trasero, que se le iniciaron desde el día anterior.
Bulbo del conejo B.......	Curiel B, amanece bien; muere al tercer día por la tarde, sin síntomas precursores, con rigidez de las patas traseras, las anteriores fláxidas, así como los maxilares: la cabeza contraida hácia atrás. Curiel C, muere á los cinco días con trismo y contracciones, iniciadas algunas horas ántes. Curiel D, muere sin síntomas de tétanos al siguiente día.
Bulbo del conejo C.......	No se hicieron.
Bulbo del conejo D.......	Conejo F, murió á los siete días con trismo y contracciones tetánicas en las patas, con su bulbo se inocularon dos conejos, H y J. Conejo G, murió por traumatismo al día siguiente.

TERCER PASE.

Bulbo del conejo F.......	Conejo H, murió á los siete días, con trismo y convulsiones del cuarto tracero, iniciado desde el día anterior. Conejo F, muere por traumatismo al día siguiente.

Como se vé, en los conejos inoculados seis murieron con síntomas evidentes de tétanos; los del primer pase entre los 18 y los 25 días; los del segundo y tercero á los 7 días; lo que hace sospechar en la exacerbación del vírus por el pase de uno á otro.

Observación VI.—Dr. Gavaldá.—Moreno de 18 años, aprendiz de panadero, vecino de Compostela 153, entró en la casa de salud la Be-

néfica; según manifestó el paciente y su patrono, hacía tres días, á consecuencia de haber salido de la galera de la panadería, sudando y de haberse quedado dormido al sereno y á la luna, experimentó malestar general, fiebre, epigastralgia, á cuyos síntomas siguieron el epistótono, trismo, convulsiones crónicas y tónicas. Al principio el Dr. Gavaldá pensó en un tétanos espontáneo; más, indagando con insistencia, el paciente le manifestó que hacía dos meses había sufrido una hincada con un clavo en la región plantar del pié izquierdo, limpió el pié cubierto todo por una gruesa costra de tierra, y encontró en efecto, una herida aún no cicatrizada de uno ó dos centímetros de extensión, cuyo fondo estaba lleno de tierra. En la morada del paciente no hay ninguna cuadra, ni hubo noticias que estuviese en relaciones con caballos en esos días. Como él son muchos de esos llamados idiopáticos, que, á causa de lo insignificante de la herida, pasa desapercibida para los pacientes y para el médico.

Avisado por nuestro amigo Gavaldá, fuimos á verlo con el Dr. Dávalos; siguiendo la técnica aconsejada, con la aguja estirilizada, introducida hasta la herida, hicimos siembras en agar agar y en gelatina; de estas últimas, dos, llevando la aguja hasta el fondo de la herida, llena de tierra seca y sin supuración, la tercera siembra se hizo reblandeciendo la costra terrosa con gelatina estirilizada; con los tres tubos se hicieron cultivos en placa por el método de Esmarch. Desde el siguiente día comenzó la germinación. Examinadas las colonias al microscópio, prévia coloración por la fuschina y el azul de metileno, estaban formadas por numerosos micrococcus estreptocóccus y un bacilo corto parecido al termo; ninguno presentó los caractéres asignados al bacilo Nicolaïer; con él se hicieron unas siembras en caldo; cuando germinó se inocularon dos curieles, inyectándole un gramo á uno en el tejido intermuscular de la parte interna del muslo y á otro subcutáneamente en el vientre; á los dos meses no habían presentado accidente alguno. Las siembras de sangre, tomada en el dedo índice, quedaron estériles, resultado conforme al de la mayor parte de los investigadores.

Observación VII.—Dr. Sterling. — Niño de 7 años, vecino de la calle de los Sitios, presentaba una fractura completa de la tibia y peroné de la pierna izquierda, con una herida ya casi cicatrizada en el tercio interno de dicha pierna y además una úlcera con el talón del mismo pié; á los 20 días de recibida la lesión comenzó el trismo, único síntoma durante diez días, después fueron sucesivamente presentándose, una contracción tónica dolorosa de los músculos cervicales posteriores, luego de los rectos del abdómen y del músculo lesionado. Este caso, que siguió una marcha crónica y terminó por la curación, será objeto de un interesante trabajo de mi amigo el Dr. Sterling.

En los antecedentes no hay ningún dato favorable al orígen *equino-telúrico.*

Lavada la herida de la pierna con agua jabonosa primero, después con una solución de sublimado al 1 por 100 y alcohol, se sembraron 4 tubos de gelatina y 1 de agar. De los primeros, uno quedó estéril y otro comenzó á germinar á las 24 horas por un punto blanco en la superficie, que fué extendiéndose lentamente sin penetrar en la masa, ni seguír el trayecto de la aguja; la capa de la superficie era delgadísima y semitransparente: hechas várias preparaciones y coloreadas con violeta de genciana, método de Gram, estaban formadas por un gran número de microcóccus, simples unos, en diplocóccus otros, y formando algunos masas zogléicas; las siembras en caldo y las inoculaciones en curieles no dieron resultado.

Practicadas las mismas operaciones de limpieza y desinfección en la úlcera del pié, se sembraron dos tubos de gelatina, con los que se hicieron cultivos en placa, de las cuales se aislaron microcóccus y vários bacilos; uno de ellos largo, delgado y filamentoso, solos unas veces y otros entrecruzados en distintas direcciones sin el abultamiento terminal del bacilo de Nicolaïer; se sembraron en caldo y después se inoculó un curiel, que murió á los pocos días sin presentar síntomas de tétanos.

Observación VIII.—Dr. Valdespino. — Un pardo de 7 años, natural de la Habana, el día 5 de Febrero de 1889, después de haber llovido, dió una caida en la calle y con los fragmentos de una botella se hizo dos heridas en el tercio superior, cara posterior, del antebrazo izquierdo, de tres á cuatro centímetros, que interesaba la piel y el tejido celular; la herida se cubrió de lodo y para contener la hemorragia la llenaron de tela de araña, que, como se sabe, está mezclada con polvo de tierra.

A los 8 días comenzaron los síntomas del tétanos; las heridas daban un pus sanioso, los bordes estaban inflamados y de ellas partía un dolor agudo extendido hasta el hombro; los síntomas continuaron agravándose hasta que falleció.

El accidente tuvo lugar en la calle de Revillagigedo, primera cuadra, entrando por la calzada del Monte, á seis metros de distancia de la puerta de entrada del solar núm. 10, donde hace seis años se guardan diariamente de 150 á 200 caballos, que se detienen, ántes de entrar, en el lugar de la ocurrencia.

Con cinco centígramos de esta tierra, disuelta en un gramo de agua estirilizada, se inocularon por la vía hipodérmica, dos curieles y un ratón; éste y uno de los curieles murieron de septicemia, el otro curiel presentó cinco ulceraciones, de diversas dimensiones, de bordes lisos y de forma más ó ménos circular, cubiertas por costras negruzcas

y situadas de preferencia en los miembros abdominales, que tenían una notable rigidez, la cual conservaron hasta su muerte, ocurrida al mes próximamente. Con el pus de estas úlceras hizo el Dr. Cisneros unos cultivos en placa de los que se aisló un bacilo largo, filamentoso, abultado en una de sus extremidades; pero desgraciadamente uno de los jóvenes del Laboratorio limpió la placa y no pudieron continuarse las investigaciones. Otro curiel, inoculado con el pus de la herida, solo presentó una úlcera en el punto de la inoculación, de la cual se curó.

Todos nuestros cultivos fueron hechos al contacto del aire, á lo que, probablemente, se debe la falta de éxito: con posterioridad se ha demostrado que el bacilo de Nicolaïer es anaerobio; á lo que se agrega lo difícil que es obtener cultivos puros.

Las experiencias de Baert y Verhoagan han venido por otra parte á explicarnos el insuceso de las inoculaciones del pus de esos heridos; estos experimentadores diluyeron en agua una porción de pus que contenía bacilo de Nicolaïer, la dividieron en dos partes, una que abandonaron al aire en un cristal y otra que encerraron en un tubito soldado á la lámpara; á los cinco días contenía, la primera, saprófitos, pero ningún bacilo de Nicolaïer; en la segunda los había de gran cantidad y respondía á las inoculaciones, de lo cual deducen que debe siempre recogerse pus reciente de las heridas, pues cuando reciben la influencia del aire atmosférico pierden su virulencia.

CONCLUSIONES.

De todo lo expuesto, se deduce: 1º Que la mayor parte de los experimentadores están conformes en asignarle al tétanos un orígen microbiótico; mis investigaciones experimentales no me permiten aún deducir una conclusión afirmativa.

2º Que el bacilo inculpado, tiene su orígen para unos en la tierra y para otros procede del caballo; el exámen minucioso del mayor número de los casos que he recogido son favorables á la infección telúrica.

Y 3º Que es conveniente continuar las experimentaciones por el procedimiento de trepanación, como el usado por Pasteur para la rabia.

El Sr. Presidente: El Dr. Plazaola tiene la palabra para argumentar.

El Dr. Plazaola: Declara que su objeto no es combatir el orígen telúrico del tétanos, sino manifestar que, á su modo de ver, ejercen gran influencia para la aparición del mal los cuidados impropios de las comadronas, el abandono é ignorancia de las madres y, más que todo, la arraigada creencia de que el tétanos infantil no debe curarse, por la cual no llaman al médico más que para dar el certificado de defunción;

llegando en este sentido hasta el estremo de que en el campo, muchas veces, cuando un niño presenta síntomas tetánicos, lo envuelven en una sábana y colgando lo llevan para que el médico lo vea y tenga la seguridad de que es el tétanos, negándose despues, en la mayoría de los casos, á administrarle ninguna medicina, y agrega que esto mismo se hace á largas distancias para llevarlos á bautizar. Termina el Dr. Plazaola asegurando que condiciones tales, son capaces de destruir el organismo más robusto.

El Sr. Presidente: El Dr. Delfin tiene la palabra.

El Dr. Delfin: Cuando ejercía en el campo abrigaba el error de que el tétanos era palúdeo y lo trataba con quinina. He visto en un caso de fractura ósea, sin solución de continuidad en las partes blandas, presentarse el tétanos, y esto me hace creer que sea producido por ptomainas ó diastásas.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Montalvo.

El Dr. Montalvo: En la Maternidad no he visto, durante siete años, más que cinco casos de tétanos, y de ellos tres presentaban el trismo al recogerlos del torno. ¿Será porque allí no hay caballos, á pesar de estar rodeada de establos, ó porque no todos los casos que se señalan serán de tétanos?

Esto llama la atención y creo de utilidad investigar si los individuos tetánicos citados habían tenido ó nó contacto con otros que anduviesen con caballos ó si había éstos en las casas que habitaban.

El Dr. Moreno de la Torre: El Dr. Plá ha omitido una de las causas más frecuentes del tétanos, la picadura de la nigua (púlex pénetrans) y creo que es importante consignarlo porque el procedimiento que emplean los campesinos para estraerla favorece la infección.

El Dr. Finlay: En Europa se ha encontrado el bacilo de Nicolaïer en las capas profundas de la tierra y esto puede estimarse como un argumento en pró de la teoría telúrica.

El Dr. Malbérti: Opina que el tétanos es producido por los cambios bruscos de temperatura, y en su apoyo refiere el caso de una jóven, que, con una herida en el pié, atravesó un rio y se le presentó el tétanos.

No admite, como el Dr. Moreno, que la picadura de la nigua, por sí sola, lo produzca, y termina negando el orígen telúrico porque una herida de bala y de espina de pescado, sin haber estado en contacto con la tierra, á veces lo produce.

El Dr. Tamayo: El tétanos es una enfermedad infecciosa, pues presenta los caractéres que se necesitan para considerarla así: la existencia de un micróbio anacróbio, cultivable, inoculable y trasmisible.

Es mucha exigencia pretender que el micróbio venga del esterior: el individuo lo puede llevar en sí y verificarse su evolución tan pronto como se reunan las condiciones necesarias.

El Dr. Perna de Salomó: Hace algunas consideraciones generales sobre la etiología del tétanos para derivar su criterio negativo á la posibilidad de asignarle una teoría sólida, y, como ejemplos, refiere tres casos: uno, de estirpación de hemorróides; otro de hidrocele, en que se empleó la inyección de ácido fénico y otro de un negro magullado. De los tres, murieron el primero y el último.

El Dr. Forns (de Marianao): No encuentra satisfactorias las teorías equína y telúrica, porque en su práctica ha tenido casos contradictorios, y después de citar uno en el que se declaró el tétanos despues de haber practicado con una jeringuilla de Praváz nueva, sin estrenar, una inyección de cocaina, pide esplicaciones sobre ese caso porque para él no tiene orígen telúrico, ni equíno.

El Sr. Presidente: Dice que recuerda el caso citado por el Dr. Forns, al cual vió en consulta, y añade que de él no puede deducirse conclusión alguna, así como tampoco de los tres del Dr. Perna, pues existía una herida espuesta al aire libre. Decir que es telúrico no significa la materialidad de elevar la tierra y ponerla en la herida, sino que ésta sea expuesta al medio ambiente; es decir, que se encuentre libre la puerta de entrada para que la infección se realice, y termina manifestando que con eso no quiere indicar que la teoría es cierta, sino que tiene ciertos puntos que deben tomarse en consideración.

El Dr. Menocal: Mi estadística de 1,023 operaciones solo arroja dos casos de tétanos.

La complicación tetánica en las heridas es frecuente por las malas condiciones higiénicas de las Casas de Socorros y por los cambios que sufren al ser trasladados al hospital.

El Dr. Reyes, de Sagua: Manifiesta que la temperatura es la causa que presenta más ejemplos de tétanos, y, en comprobación, aparte de otros casos que pudiera referir, cita el de un individuo que sufrió una hincada en un pié después de caminar mucho, al cual se le presentó poco tiempo más tarde un tumor, que operó en compañía del Dr. Albarrán. Pasados algunos días, una mañana de Enero, recibió la acción brusca del aire frío y fué violentamente atacado del tétanos, muriendo por la tarde con todos los síntomas clínicos de dicha enfermedad.

El Dr. Reineri: Hace constar la influencia de los cambios bruscos de la temperatura para la producción del tétanos, fijándose en el gran número de tetánicos que hubo después del ciclón de 1888. Dice que el tétanos en las Casas de Socorros, apesar de sus malas condiciones higiénicas, no es frecuente, y cree muy digna de estudio la predisposición á tetanizarse por las heridas de los miembros, más marcada que por las del tronco.

El Dr. Bellver: En los casos en que se produce el tétanos por las

inyecciones hipodérmicas, hay que tener en cuenta la jeringuilla y el contenido, que no siempre se esterilizan.

El Sr. Presidente: No habiendo ningún otro señor que haya pedido la palabra para argumentar, la tiene el Dr. Plá para replicar.

El Dr. Plá: Lamenta que el tiempo de que puede disponer no le permita contestar á todos como debiera y desearía y, en su consecuencia, lo hará en tésis general.

El trismo, así como las contracturas, se presentaban en los conejos de 36 á 48 horas ántes de la muerte; que la semejanza clínica entre la rabia y el tétanos le había inducido á emplear el proceder de Pasteur: el medio de trasmisión es la atmósfera, que conduce sus microorganismos y los de la tierra. La frecuencia del tétanos por la nigua favorece la teoría telúrica y la cuestión de contagiosidad está en litigio; inclinándose él á aceptarla, y respecto á la influencia del aire más ó ménos húmedo en las mismas épocas del año, no se observa en igual número de casos.

En cuanto al hecho de haberse observado algunos casos de tétanos despues de haberse empleado la curación antiséptica por el ácido fénico, dice que no tiene importancia, porque pudiera suceder que el bacilo del tétanos, como el de la fiebre tifoidea, resistiera á la acción de dicha sustancia.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. García Rijo para leer su trabajo:

Apuntes estadísticos para servir al estudio del tétanos infantil.

Por el Dr. D. Rudesindo Garcia Rijo.

I.

Hace pocos meses recibí de la Sociedad de Estudios Clínicos un cuestionario-circular en que se solicitaba de todos los médicos de la Isla una información sobre el tétanos. Oportunamente contesté, consignando, con la brevedad que me era impuesta por las circunstancias, los resultados de mi escasísima observación y algunas apreciaciones generales. No me fué posible en esa fecha incluir algunos datos que tenía reunidos con ese objeto. De éstos datos omitidos, entresaco los siguientes apuntes estadísticos, que revelan la mayor frecuencia del tétanos infantil en el campo que en la población, y, con respecto á razas, frecuencia mayor en la etiópica que en la caucásica; intermedia en los mestizos de ámbas razas; no pudiendo sacar deducción en lo que se refiere á los mestizos de raza mongólica por ser sumamente reducido el número de dichos individuos en esta población.

Blancos............	De 418 niños, nacidos en la población, han tenido el tétanos infantil 15, ó sea el $3\frac{1}{2}$ por 100. De 195 niños, nacidos en el campo, tuvieron el tétanos infantil 22, ó sea el 11 por 100.
Negros..............	De 172 niños, nacidos en la población. tuvieron el mal 14, ó sea el 8 por 100. De 26 niños, nacidos en el campo, tuvieron el mal 4, ó sea el 15 por 100.
Pardos	De 89 niños, nacidos en la población, tuvieron el mal 5, ó sea el $5\frac{1}{2}$ por 100. De 71 niños, nacidos en el campo, tuvieron el tétanos infantil 9, ó sea el $12\frac{1}{2}$ por 100.
Mestizos de chino y blanco............	De 31 niños, nacidos en la población, tuvo el tétanos 1, ó sea el $3\frac{1}{2}$ por 100. Un niño, nacido en el campo, no tuvo el tétanos infantil.

SUMAN:

1,003 nacimientos; 70 casos de tétanos infantil, 7 por 100.

II.

SEXO.

De 46 casos de tétanos infantil, en que me acordé de tomar nota del sexo, resultan 23 varones y 23 hembras.

Debo advertir que la estadística que precede la tomé sin idea alguna preconcebida. Hice imprimir un gran número de papeletas en esta forma:

RAZA. /

La familia de D...
y Dª.............................calle.................nº..........
ha tenido.................niños, *nacidos vivos*,

	EN EL PUEBLO.		EN EL CAMPO.	
de los que han nacido......	....	....	....	....
Han tenido *el mal*...........	....	....	....	....
	MUERTOS.	CURADOS.	MUERTOS.	CURADOS.

Indicar los días que tenía de nacido cada niño atacado y las horas ó días que duró la enfermedad.

Indicar si ha habido en la familia otras personas *pasmadas*.

Con estas papeletas impresas, me he presentado de casa en casa al azar y las he llenado, hubiera ó nó habido casos de tétanos infantil en la familia. Obligado por ocupaciones de diversa índole á limitar mi tarea, confié un gran número de papeletas á várlos de mis compañeros; pero resultó lo que suele resultar en un trabajo realizado parcialmente por várlos; á saber, falta de unidad: el uno se limitó á tomar nota de las familias en donde habían ocurrido uno ó más casos de tétanos infantil; otro omitió hacer mención de la raza; otro no insistió suficientemente en los antecedentes tetánicos de la familia. Por ese motivo no he querido hacer entrar en la estadística que precede los numerosos é importantes datos que me han sido suministrados, especialmente por mi ilustrado compañero y concienzudo amigo el Dr. Mencía, puesto que fácil es comprender que, la preferencia dada á las familias visitadas por el tétanos infantil, hubiera dado por resultado una frecuencia exajerada de la enfermedad.

Dichos datos me servirán más adelante.

III.

CURABILIDAD.

De 165 casos de tétanos infantil han sanado 8, de los cuales 6 eran blancos, 1 pardo y 1 negro.

Blancos	1	tenía	3	días	de	nacido	al	declararse	el	tétanos.
	1	»	3	»	»	»	»	»	»	»
	1	»	7	»	»	»	»	»	»	»
	1	»	7	»	»	»	»	»	»	»
Negro........—	1	»	8	»	»	»	»	»	»	»
Pardo ....—	1	»	9	»	»	»	»	»	»	»
Blancos	1	»	11	»	»	»	»	»	»	»
	1	»	12	»	»	»	»	»	»	»
Suman......—	8									

De estos datos resulta que la curabilidad sería de un 5 por 100 escaso.

IV.

PREDISPOSICIÓN DE FAMILIA.

No es muy raro observar en una misma familia más de un caso de tétanos infantil, como lo demuestran las siguientes cifras:

19 *familias de 12 ó más hijos.*

En 7 de dichas familias........................ 0 casos.

» 5 » » » .... 1 caso en cada familia.

» 5 » » » .... 2 » » » »

» 2 » » » .... 3 » » » »

12 *familias de 10 á 11 hijos.*

En 5 de dichas familias........................ 0 casos.

» 7 » » » .... 1 caso en cada una.

11 *familias de 9 hijos.*

En 6 de dichas familias........................ 0 casos.

» 3 » » » .... 1 caso en cada una.

» 1 » » » .... 2 » » » »

» 1 » » » .... 3 » » » »

7 *familias de 8 hijos.*

En 5 de dichas familias........................ 0 casos.

» 2 » » » .... 1 » en cada una.

11 *familias de 7 hijos.*

En 6 de dichas familias........................ 0 casos.

» 1 » » » .... 1 » en cada una.

» 2 » » » .... 2 » » » »

» 2 » » » .... 4 » » » »

16 *familias de 6 hijos.*

En 9 de dichas familias........................ 0 casos.

» 4 » » » .... 1 »

» 3 » » » .... 2 »

22 *familias de 5 hijos.*

En 11 de dichas familias........................ 0 casos.

» 10 » » » .... 1 »

» 1 » » » .... 3 »

12 *familias de 4 hijos.*

En 7 de dichas familias........................ 0 casos.

» 5 » » » .... 1 »

30 familias de 3 hijos.

En 26 familias	0	casos.
» 2 »	1	»
» 1 »	2	»
» 1 »	3	»

32 familias de 2 hijos.

En 29 de dichas familias	0	casos.
» 3 » » »	1	»

35 familias de 1 hijo.

En 19 de dichas familias	0	casos.
» 15 » » »	1	»

Si descartamos las familias de uno y de dos hijos y nos fijamos solamente en las de tres ó más hijos, en cuyo seno hayan ocurrido uno ó más casos de tétanos infantil, tenemos que:

de 58 familias de 3 ó más hijos,

39 han tenido cada una un caso solamente,
19.. 2 á 4 casos,

cuyas cifras vienen á estar en la proporción de 2 á 1.

V.

ANTECEDENTES TETÁNICOS DE FAMILIA.

Como muchas de las familias que preceden no saben dar antecedentes, manifestando la mayoría que ignora si alguno de sus antecesores ó parientes colaterales ha tenido ó nó el tétanos, me he limitado á entresacar las 35 familias que recuerdan tener antecedentes tetánicos. De esas 35 familias he formado dos grupos:

1º Familias de antecedentes tetánicos y que han tenido uno ó más casos de tétanos infantil.

2º Familias de antecedentes tetánicos y que no han tenido ningún caso de tétanos infantil.

PRIMER GRUPO.

FAMILIAS DE	Nº. de niños nacidos vivos.	Nº. de casos de tétanos infantil.	ANTECEDENTES TETÁNICOS.
D. Joaquín Pérez	13	4	Un tio, tétanos debido á una espina de jía. Otro tio, tétanos de nigua, murió.
Lino Valdivia...........	2	1	— Un tio, tétanos de nigua, sanó.
Fernando Gutierrez....	7	1	Madre, tétanos de las planchadoras, sanó.
Dª. Gabriela de la Cruz	6	2	Madre, tétanos de las planchadoras, sanó.
Dª. Serafina Madrigal..	4	2	Madre, tétanos despues de haber estado haeiendo dulee, sanó.
D. Eduardo Cubero....	6	1	Madre, tétanos despues de haber estado tostando café, no se dice el resultado.
Victoriano Gutierrez...	7	1	Un tio, tétanos por ingestión agua fría, no se diee el resultado.
Cornelio Rivero.........	7	1	Padre, tétanos despues de haber estado fabricando azúcar, sanó.
Andrés Companioni ...	10	2	Hermano, tétanos por estaeonazo en un pié, murió. Un tio, tétanos por quemadures, sanó.
Benito Sánehez	1	1	Dos tios, tétanos por estaeonazo, murieron ámbos.
Rafael Cañizares........	4	1	Un primo, tétanos por estaconazo, sanó.
Estéban Chariano......	14	3	Padre y hermano, tétanos *à frigore*, ámbos sanaron.
Desiderio Companioni	17	1	Un primo, tétanos *à frigore*, murió. Una sobrina, tétanos de nigua, murió.
José Mª. Eehemendía..	5	1	Un primo, tétanos por estaconazo, murió. Otro primo, tétanos por igual causa, sanó. Otro primo, tétanos por ineisión, murió.
Simón Echemendía....	16	4	Un hijo, tétanos por herida, sanó. Una hija y una hermana política, tétanos de las planehadoras, sanaron ámbas.
Joaquín Hernández....	5	1	Hermano polítieo, tétanos de nigua, sanó.
Juan Santibáñez	6	2	Un niño de dos años, tétanos *post* vaeeínico, murió.
Suma y sigue..........	130	29	

FAMILIAS DE	Nº. de niños nacidos vivos.	Nº. de casos de tétanos infantil.	ANTECEDENTES TETÁNICOS.
Suma anterior.........	130	29	
Juan Evaristo Pérez...	12	1	Un sobrino, tétanos *à frigore*, sanó.
Sebastian Cuervo	7	1	Un primo, tétanos traumático, murió.
Modesto Mencía.........	8	1	Un familiar, tétanos sin espresar el concepto, sanó.
Bernabé	5	1	Un hermano político, tuvo el tétanos infantil, sanó.
Cleto Orizondo..........	14	2	Un hermano, tétanos traumático, murió.
Joaquín García	17	1	Un primo, tétanos sin espresar el motivo, sanó.
Dª. Avelina Meneses...	11	1	Un tio, tétanos traumático, murió.
D. Miguel Madrigal ...	12	1	Un hijo, tétanos por haber estado tostando café, sanó.
Fernando Gutierrez....	5	1	Madre, tétanos de las planchadoras, sanó.
Suman 25 familias...	221	39	

SEGUNDO GRUPO.

FAMILIAS DE	Nº. de niños nacidos vivos	Nº. de casos de tétanos infantil.	ANTECEDENTES TETÁNICOS.
D. Eligio de Castro.....	7	Ningún caso.	Un sobrino de la señora, tétanos de nigua, murió.
D. Florentino Legon...	5		Abuela, tétanos sin espresar la causa, murió.
D. Luis Trelles	14		Una cuñada, tétanos sin espresar la causa, murió. Otra cuñada, tétanos sin espresar la causa, sanó.
D. Inocencio García...	5		Un hijo de 11 meses, tétanos por haberse lloviznado, estando sudando, sanó.
Suma y sigue..........	31		

FAMILIAS DE	Nº de niños nacidos vivos.	Nº de casos de tétanos infantil.	ANTECEDENTES TETÁNICOS.
Suma anterior.........	31		
Dª Ana Rubio...........	1	Ningún caso.	Este niño, á la edad de 9 años, tétanos por estaconazo, sanó.
Dª Agustina Rubio.....	2		Un primo, tétanos por estaconazo, sanó.
Dª Agustina Mendoza.	4		Hermana, tétanos de las planchadoras, murió. Una tia, tétanos traumático, murió.
D. Ramón Lara.........	6		Señora, tétanos sin espresar la causa, sanó.
Dª Cecilia Estrada......	5		Madre, tétanos sin espresar la causa, sanó.
Suman 9 familias......	49		

Suman los dos grupos 270 niños nacidos vivos y 39 casos de tétanos infantil, ó sea 14, 5 por 100.

No pretendo dar los resultados de las estadísticas que preceden como concluyentes. Demasiado sé que para que un trabajo estadísco tenga verdadero valor, se necesita basarlo en datos más numerosos. Por esas razones precisamente, porque me proponía acopiar mayor número de datos, he venido demorando la publicación de estos incompletísimos apuntes, que otros más aventajados podrán fácilmente ampliar y que, yo mismo, más adelante, si el tiempo y las ocupaciones domésticas, que hasta aquí me han cohibido, me lo permitieran, trataré de extender hasta donde me lo concedan mis pobres fuerzas, bien pobres ante el vasto aunque fecundo campo de la clínica privada.

Antes de terminar, séame permitido, sin embargo, el agregar algunas reflexiones sobre el tema que aquí he tratado, no de desarrollar, como he indicado ántes, sino simplemente de plantear.

Me ha parecido que en muchos casos el estudio de ciertas enfermedades en la primera infancia puede facilitar el esclarecimiento de la etiología de algunas enfermedades infecciosas, porque á nadie se ocultará que un niño recien nacido, si bien está espuesto á que el agente mórbido llegue hasta él, colpoltado ora por el aire, ora por un vestido, un mueble, ora por una de las personas que á él se acercan... etc., sin embargo, por el hecho de no moverse, está más al abrigo que el adulto, porque el recien nacido y, más especialmente durante los primeros días de nacido; esto es, mientras existe el peligro del tétanos infantil,

puede afirmarse que el agente mórbido ha tenido que venir hácia él y por lo tanto, más fácil tiene que ser el sorprenderlo al pié, por decirlo así, de la cuna, si el observador posee ese espíritu severamente analizador que requiere todo estudio patogénico.

Ahora bien, ¿cuál ó cuáles son las conclusiones que debamos sacar de los apuntes estadísticos tan incompletos y deficientes que he presentado? Por mi parte, no me atrevo á sostener más que una sola conclusión; á saber, que *el tétanos infantil es más frecuente en nuestros campos que en nuestras poblaciones.* ¿A qué circunstancias debe atribuirse este resultado? ¿Será á la falta de higiene, en cuyo punto todos reconocemos que reina por lo común mayor descuido de parte de nuestros hombres de campo que de parte de los que viven en la población, más abandono por lo común en el medio social en que viven nuestros hombres de color que en el medio social en que vive la población blanca? Puede ser y es probable que así sea. Pero á mi juicio, por separado de las circunstancias que pertenecen al dominio de la higiene privada, hay que tener en cuenta, además otras circunstancias más generales ligadas al clima, circunstancias de localidad ligadas más especialmente al terreno quizás. Y en efecto, no solamente en este país, sino que así mismo en otros países, se ha observado que el tétanos común es muy frecuente en determinadas circunscripciones y relativamente raro en otras localidades próximas á los focos tetánicos.

Aquí en Sancti-Spíritus, por ejemplo, el tétanos es más frecuente en Mapos, en Cabaiguan que en Arroyo-Blanco, según opinión de mis amigos y compañeros los Ldos. D. Agustin y D. Montiniano Cañizares.

No es esto todo. Una opinión popular, que está confirmada por la observación imparcial de los hechos, debe fijar nuestra atención. «*El tétanos, díeese comunmente, suele ser provocado por la extracción de la nigua.*» El vulgo atribuye en estos casos el tétanos al hecho de la extracción; y yo creo que esa opinión merece que nos ocupemos de ella. En efecto, si tenemos en cuenta los estudios de patología experimental, vemos que, según Nicolaïer, la inoculacíón de tierra á los animales suele producir el tétanos (Flugge. Los microorganismos) y vemos que Bonome (Crón. Méd. Quirúrg., 1088, pág.ª 119) describe un bácilo que ha cultivado con el bacilo de la putrefacción, obteniendo así culturas mistas, cuya inoculación produce el tétanos, mientras que las culturas aisladas del bácillus de la putrefacción no lo producen.

Si tenemos en cuenta, repito, los resultados de estas esperimentaciones y además el hecho de que las niguas abundan sobremanera en Cabaiguan y Mapos, en donde ya hemos dicho que el tétanos es frecuente, mientras que escasean en Arroyo-Blanco, en donde hemos dicho ya que el tétanos es raro, tenemos aquí un conjunto de coinciden-

cias que legitiman la deducción siguiente: «*Las niguas, viviendo como viven en la tierra y siendo muy afectas á hospedarse en las patas de los cerdos, los que á su vez son muy afectos á los lodazales, están en condiciones muy favorables para colpoltar el gérmen del tétanos, enfermedad que puede desarrollarse más fácilmente si en vez de extraer entera la nigua queda en la herida parte de su cuerpo expuesto á la putrefacción.*»

P. S. — A continuación cito algunos hechos que me han sido relatados por diversos compañeros.

El Dr. D. Santiago García Cañizares me refiere que en Santa Fé, en donde abundan las niguas, abunda así mismo el tétanos infantil.

El Ldo. D. Montiniano Cañizares me refiere un caso de tétanos en un adulto que habiéndose extraido una nigua bajó á un pozo. El tétanos se manifestó á las 12 horas de haber bajado al pozo y el individuo murió á las 17 horas de iniciadas las manifestaciones tetánicas.

El mismo me refiere otro caso de tétanos en un individuo que tenía una nigua sin habérsela extraido.

Hace algunos meses ví en consulta en esta población un niño de unos 4 años, que murió del tétanos, cuya causa tambien fué atribuida á las niguas, las que existían en abundancia en la casa en que vivía.

No quiero omitir en este relato el siguiente y curioso caso: Un niño de un compañero nuestro fué confiado desde que nació á una nodriza, cuyo hijo había muerto del tétanos infantil. El niño de que se hizo cargo contrajo el tétanos infantil y murió.

En cambio una enferma que asistía el Ldo. D. Agustin Cañizares dió á luz teniendo el tétanos á cuya enfermedad sucumbió; mientras que el niño vive sin haber tenido el tétanos infantil.

El Sr. Presidente: Se concede la palabra para argumentar.

El Dr. Aróstegui: Opina que el tétanos que se produce inmediatamente despues del nacimiento es debido á las hemorrágias meníngeas y que los casos curables son originados por la compresión por los parietales, compresión que, según Sims, influye sobre la médula.

El Dr. Zayas, Presidente: Conviene en la originalidad del trabajo leido por el Dr. García Rijo y cree que no debe elevarse mucho la opinión sobre la infección por la nigua, ni la de que, evitando el contacto de la superficie ulcerada con el aire, por medio del esparadrapo, se evite la infección.

El Dr. Moreno: El Dr. García Rijo dice que en aquellos casos en que queda dentro de los tegidos algún fragmento de la nigua es más frecuente la tetanización, y urge esclarecer este punto. Se ha hablado de las curas antisépticas y yo no las considero completas, sino cuando las siembras resultan perfectamente estériles.

El Dr. Semprun: Cita el caso clínico de un muñón doloroso que

observó en el hospital «La Princesa,» de Madrid, al cual se le hizo la ablación del tejido cicatricial y se presentó el trismo.

El Dr. Federico Rubio, recordando la teoría de Argumosa, que hacía debido el tétanos á una proliferación conjuntiva del neurilema, hizo con el térmo-cauterio una incisión circular por encima de la cicatriz· Aparecen las convulsiones y, persistiendo en su idea, practica una nueva incisión un poco más arriba de la otra, pero muy profunda, dando por resultado prontamente la cesación de los fenómenos tetánicos. El Dr. Semprun termina, significando el deseo de que se le esplicara lo que de ese ejemplo se desprende.

El Sr. Presidente: El Dr. García Rijo tiene la palabra para replicar.

El Dr. García Rijo: Manifiesta que no ha querido lanzarse en el terreno de las teorías porque seducen mucho y porque solo se ha propuesto presentar un trabajo basado en la estadística. Respecto á la patogenia, opina que se divaga tanto, porque muchos casos que se consideran de tétanos no son sino pseudo-tétanos de localización medular, que acusan gran número de víctimas.

El Sr. Presidente: El Dr. Saenz Yanez tiene la palabra para dar lectura á su trabajo.

Tétanos infantil congénito.

Por el Dr. D. Bráulio Saenz Yánez.

Sr. Presidente, Sres.:

La brillante série de trabajos aquí leidos y que habrán de leerse. la numerosa y selecta concurrencia, que, con atención honrosa, los ha escuchado y en interés de la ciencia, prestigio propio y unidad de compañerismo seguirá escuchando los que faltan; la harmonía de provechosas aspiraciones, que une y hermosea, dignifica y recomienda la realización de este primer «Congreso Regional de Cuba;» la poderosa fuerza de atracción con que nos ha hecho realizar el acto más trascendental de cuantos pueden contarse en Cuba hasta el presente, pues que ha unido, en forma la más elocuente y ejemplar, nuestras aptitudes con el interés de la ciencia, y nuestro errante estímulo, huérfano de toda protección y ejemplo, con el cariño, el respeto y la desapasionada censura; dando á todo ello la magestuosa importancia de la verdad, en este sentido nunca interrogada por nosotros, por muchos, con tanta desdicha como torpeza, negada é incontrovertiblemente sancionada ya, son, señores, motivos más que suficientes, pruebas más que claras ó hechos ciertos, que brindan calma y satisfacción á nuestro anhelo pasado, entusiasmo á nuestra fé de siempre y que embellecen con los hermosos colores de la justicia el sello de nuestros merecimientos y

nos rubrican la patente de admisión para el Congreso universal y permanente de nuestra ciencia.

Bien comprendo, señores, que la contribución con que ahora pago una parte de mi deuda es insignificante al lado del valor intelectual y científico, que, sin duda, tienen todas las que aquí se han cumplido y seguirán cumpliéndose; pero entiendo que no debo postergarme en cuanto al entusiasmo y sinceridad por nuestro adelantamiento, y es en este terreno en el único que os demando un puesto y desde el cual os pido un instante de atención para escuchar el aplauso frenético y sincero que á mi patriotismo y amor por la ciencia arrancan vuestra conducta, vuestro compañerismo y vuestra ilustrada laboriosidad.

Recibidlo, pues, y perdonadme los momentos que os impida dedicar mejor vuestra atención.

Trátase, señores, de un caso, por mí calificado, de «Tétanos infantil congénito,» cuya historia os presento en la forma que he podido recogerla.

Dª A. R. G., natural de Consolación del Sur, provincia de Pinar del Rio, de 19 años de edad, casada y de buena constitución, temperamento linfático-nervioso, de buenas costumbres y posición desahogada, sin antecedentes hereditarios dignos de mención y, como propios, algunos ligeros catarros puramente estacionales y un flujo vaginal leucorréico, cuando tenía de once á doce años, apareciendo su menstruación á los trece y continuando con toda normalidad, se hizo embarazada como á los dos meses de su matrimonio con D. A. F. y A.

A escepción de una ligera inapetencia, algunos vómitos durante los dos primeros meses de la preñez y poca voluntad para ocuparse en los quehaceres de su casa, hechos que fueron gradualmente desapareciendo, sintió los primeros movimientos del feto como á los tres meses y marchó de una manera satisfactoria hasta principios de la segunda quincena del noveno mes, en que, á consecuencia de una falsa pisada, cayó bruscamente hacia atrás sobre una caja pequeña, quedando el cuerpo sostenido por las caderas hasta que vinieron á levantarla por haberle sido imposible hacerlo por sí sola.

Conducida á la cama, le administraron una taza de infusión concentrada de tilo con agua de azahar, no sintiendo por el momento otra cosa que peso al bajo vientre y una escitación de temor, tal, que nada podía tranquilizarla. Le repitieron la indicada poción de tilo, que, á los pocos momentos devolvió por un vómito violento, sin náuseas, ni dolor alguno; pero como una hora despues de este vómito y tres próximamente de la caida, el peso inicial al bajo vientre se convierte en dolor y éste se acompaña de otros, que, partiendo de las caderas, convergían al púbis, y, casi á continuación, un movimiento ge-

neral, como una sacudida interior del feto, desacostumbrada para ella, que la aterrorizó aún más de lo mucho que ya estaba.

A partir de este momento y, según manifestación de la paciente, esos movimientos convulsivos fueron repitiéndose cada vez con más frecuencia é intensidad, al par que y, en consonancia con ellos, se acentuaban los otros fenómenos iniciales, hasta el punto de que no pudo distinguir, en los últimos instantes que precedieron al parto, cual era la causa que más la molestaba.

En estas condiciones y bajo la dirección de una tia de la paciente, muger que ha tenido muchos hijos, que lleva larga práctica de comadrona y, á la que no faltan conocimientos generales, que demuestra con clara inteligencia en las cuestiones que se le plantean, se verifica el partó, cuyo mecanismo se operó felizmente con presentación de vértice y posición occípito anterior, al cual siguió, diez ó doce minutos despues de ligado el cordón, que se hallaba en toda su integridad, la espulsión de las secundinas.

Terminado de una manera tan feliz el alumbramiento, observa la comadrona, que la fisonomía del niño presentaba un aspecto estraño y cierta rigidez en el tronco, que llamó extraordinariamente su atención, á pesar de lo cual, por acuerdo de la familia, lo iban á bañar en una palangana con agua tibia y alguna cantidad de alcohol de rosas; pero no bien hubieron inmergido las nalgas y estremidades inferiores, es presa el niño de una convulsión violenta, á la que sucede una rigidez intensa del tronco y de los brazos, amoratamiento del rostro y los dedos de las manos, que terminó á los pocos segundos con modificación del color y aparición por las comisuras labiales de una saliva espumosa en corta cantidad.

Se suspende el baño, enjugan al niño y le colocan la compresa hendida del cordón, untada de pomada alcanforada y lo dejan cuanto aprisa pudieron, porque entre tanto la convulsión se repitió con mayor intensidad, acentuándose un calor al tacto que sorprendió á la asistente y la obligó ya á aconsejar al padre que fuera corriendo á buscar un médico porque para ella el caso era muy grave.

Fuí solicitado y, cual el padre me lo encarecía, acudí sin pérdida de tiempo.

La impaciencia vulgar de las gentes, que quieren aparecer á los ojos del médico como adivinadoras ó poco ménos y por lo cual se disputan el triste privilegio de manifestar sus opiniones sobre la gravedad del enfermo, me hizo conocer ántes de entrar en la habitación, que todos en aquella casa creian que *el niño había nacido con el «mal.»*

No tardé mucho en esperimentar una verdadera sorpresa.

A mi consideración se presentaba un cuadro, sino difícil por su

diagnóstico, al ménos estremadamente raro, de una singularidad sorprendente.

Tratábase de un niño bien formado, en completo desarrollo, que, despues de una gestación de nueve meses, ménos unos diez ó doce días, según la cuenta de su madre, rectificada por mí, y que tenia de nacido unas dos horas, pues el parto se realizó á las nueve y minutos de la mañana del día 14 de Diciembre del próximo pasado año y eran las once cuando yo lo examinaba por primera vez, ofrecía una rigidez marcada y uniforme de la cabeza, cuello y tronco, los brazos en ligera flexión y rígidos, y las piernas estendidas con igual carácter: la primera tirada hácia atrás é inmóvil; la frente rugosa en sentido longitudinal, los párpados entreabiertos, fijos y como estirados por sus ángulos esternos, que se hallaban rugosos ó plegados hacia las sienes, en forma de abanico; bajo ellos los globos oculares, que se movían en sentido lateral y cuyas pupilas no pudimos apreciar; la nariz parecía acortada por la dilatación de sus aberturas y elevación de las alas, haciéndola puntiforme ó aguzada en su estremidad inferior; los labios, comprimiéndose fuertemente, parecían unidos por una línea recta en sus dos tercios medios, descoloridos y ligeramente entreabiertos por sus comisuras, que aparecían suspendidas por los pómulos, y la barba, aguzada tambien, se iba á confundir por abajo con las líneas salientes y tersas de la sínfisis del menton con las formadas por el borde inferior de ámbas porciones del maxilar respectivo.

Una depresión ligera y por debajo de los pómulos, con las eminencias de los músculos maseteros y temporales, que se dibujaban claramente bajo el tegumento esterno y las orejas elevadas, daban á aquel semblante el aspecto típico de la risa sardónica.

El cuello, curbado en igual sentido y separado totalmente del menton, ostentaba los cordones rígidos de los esternos mastoideos, fuertemente contraidos; los hombros elevados y como arrastrando el pecho hacia arriba; éste, deprimido á lo largo del esternón, formaba un surco que se confundía en el vientre con el de los músculos rectos anteriores del abdomen, duros y rígidos, que, á su vez, parecían arrastrados por los transversos y oblícuos, dando al conjunto del vientre el aspecto de un plano incurbado de delante á atrás por sus estremidades; las estremidades inferiores, según ya hemos manifestado.

La respiración era sumamente frecuente, entrecortada é irregular; no pudimos contar el número de inspiraciones. El corazón ofrecía una estremada agitación y se hacía tumultuosa con frecuencia, guardando el pulso íntima relación con los centros respiratorio y circulatorio.

Al separar el brazo izquierdo para colocar el termómetro, sufrió el niño una convulsión intensa, seguida de contractura permanente, marcando por modo muy acentuado la forma opistótonos, por cuyo

accidente cambiamos de lugar para el termómetro y se lo colocamos en el recto, obteniendo á los cinco minutos 40, 8/10 de la máxima fija de León Bloch.

Examinado por detrás, pudimos apreciar que los trapecios se hallaban fuertemente contraidos y duros, los omóplatos, por sus ángulos inferiores, prominentes y fijos; la colúmna vertebral, totalmente rígida é incurbada hácia el plano anterior, formando con todo el cuerpo un arco de concavidad posterior.

La exaltación de los síntomas descritos y la disfagia comprobada, al par que la invencilidad del trismus, se acompañaron durante nuestro exámen de otros dos paroxismos intensos y prolongados, guardando ámbos la tonicidad característica de la forma continente.

Con todo esto y la circunstancia de repetirse dichos paroxísmos nos hubiéramos abstenido de todo ulterior exámen, pues era claro el sufrimiento de aquella desdichada criatura; pero no quisimos renunciar á la esploración del cordón, ni á la investigación de las fajas, que en tan malas eondiciones se habían aplicado; y aún á riesgo de un nuevo acceso, como sucedió, realizamos el propósito, observando el cordón, seccionado por un córte limpio y aún fresco, colocado convenientemente entre una compresa hendida de hilo con su ligadura á doble nudo y hecha con pavilo poco retorcido.

El niño no había orinado, ni evacuado meconio: una y otra vía, así como el resto del cuerpo se hallaban bastante cubiertas de sustancia sebácea.

Las fajas, como desgraciada y torpemente se acostumbra, eran dos, ámbas muy duras por el almidón, que á este fin les ponen en la inmensa mayoría á los recien nacidos.

Quedábanos aún otra investigación.

Allí se nos aseguró, como ya lo hemos dicho, que el parto se verificó sin trabajo distócico alguno, y es más, hasta con rara facilidad para una primípara; pero había ocurrido un accidente de importancia y era natural, casi indispensable, que buscáramos en el niño alguna relación con él.

Nuestro exámen fué infructuoso.

Ni en el cráneo, donde no se hallaban cabalgamiento de sus huesos, ni señal alguna de traumatismo, ni en parte alguna de su cuerpo, pudimos encontrar nada que justificara nuestras pretensiones.

Un interrogatorio posterior á la comadrona ratificó los antecedentes señalados y nos marchamos sin poder hacer otra cosa que afirmar la ineficacia de cualquier intento terapéutico, justificando nuestra inacción con la seguridad de provocar nuevas crísis, que precipitarían la muerte, á nuestro juicio muy próxima.

Para marcar mejor la duración de esta tan efímera como dolorosa

existencia, encargamos al padre nos diera aviso inmediatamente muriera, y lo recibimos unas dos horas más tarde.

Aquí teneis, señores, realizadas en cinco horas de existencia, poco más ó ménos, todas las manifestaciones de un *tétanos infantil*, sobre el cual os pasará, como me pasó á mí, al temor de considerarlo, aún entre las formas más fulminantes, sin otra clasificación que la de precóz.

En lo que no me aventuro á decir que estareis conmigo y que suscribireis conmigo, es en la clasificación de *congénito* que yo le asigno; más, si he hablar con franqueza, si he de responder una vez de nuevo á la perpetua pesadilla de mi alma, á esa especie de Javert de mi conciencia de médico, que espía mi sinceridad y mi honradez, no os negaré que vengo ante vosotros para que conmigo registreis los ejemplos de vuestra fecunda práctica y me digais, si tengo ó no derecho para llamar á este caso, por más de un concepto interesante, *«tétanos infantil congénito;»* pues no en vano he registrado textos, periódicos y noticias acerca de este mal desvastador, ni en vano tampoco he dejado á un lado teorías é hipótesis, que, dado el estado actual de nuestra ciencia en esta parte de la patología y frente á vuestra ilustración y buen juicio, solo servirán para haceros suponer una pretensión en mí que no merecería más calificativo que de vulgar pedantería.

Si la teoría infecciosa, que parece ganar más terreno cada día, es una verdad, en ese caso tenemos que admitir que la infección se realizó en el claustro materno por un mecanismo que escapa á nuestra penetración y á la ciencia actualmente, tanto por el hecho de no ser la madre una tetánica, como por la imposibilidad de esplicar la vía que haya podido seguir esa infección, ya en la madre, ya en el mismo feto, y, así mismo, tenemos clínicamente que admitir que el presente caso es tipo perfecto de «tétanos congénito».

El Sr. Presidente: Tiene la palabra para argumentar el Dr. Weiss.

El Dr. Weiss: El interesante caso que se acaba de leer debe considerarse como tétanos congénito; pudiéndose, con arreglo á pruebas que ya tenemos en la ciencia, esplicarlo por la teoría de la infección. En Alemania se ha demostrado que las oftalmías de los recien-nacidos se contraen por la vagina y en los Estados-Unidos se ha demostrado tambien que la introducción de los gérmenes puede llegar hasta el feto, aún hallándose íntegras las membranas.

En el caso que nos ocupa pudo verificarse la infección por la vagina, y aún cuando se le haya dado hasta hoy muy poca importancia al fenómeno, debe seguirse con empeño su estudio porque realmente tiene mucha.

El Dr. Vila: En las observaciones presentadas sobre el tétanos he

observado deficiencias en las cúrvas térmicas y en las discusiones se ha descuidado este punto.

El caso de que se trata debe clasificarse de paludismo tetánico más bien que de tétanos congénito.

El Dr. Plá: No recuerdo ningún caso análogo y es de lamentarse, por la importancia y significación que encierra, que no se haya hecho la autópsia, pues habría arrojado alguna luz para el diagnóstico.

El Dr. Gordillo: Considero el caso como de una afección medular, dependiente de la caida sufrida por la madre.

El Dr. Juan S. Fernández: Recuerda haber dado cuenta en la Academia de Medicina de vários casos de leucómas córneos contraidos en el claustro materno, y, de acuerdo con la esplicación dada por el Dr. Weiss, admite el caso como de tétanos infantil congénito.

El Dr. G. López: Es sensible que la auptósia no se haya practicado, pues es condición sin la cual no se puede decidir nada en absoluto. Es probable que el caso en cuestión dependiera de lesiones de la corteza cerebral, de orígen traumático.

Se conocen algunos casos comprobados por la autópsia, de los cuales Rosenthal cita más de uno.

El Dr. San Martín: Si en el caso de referencia hubo infección, tuvo que haber incubación y esta sería muy breve. Es un punto muy oscuro y de difícil esplicación.

El Sr. Presidente: La observación discutida es interesante; pero no tiene suficiente valor para apoyar ninguna teoría por ser un caso aislado.

Hubo un golpe fuerte que pudo producir fenómenos centrales que se tradujeron por formas tetánicas y esto hay que estimarlo prudentemente para la decisión del diagnóstico.

El Sr. Presidente: Consumidos los turnos para argumentar, tiene la palabra el Dr. Saenz Yanez para replicar.

El Dr. Saenz Yanez: El tiempo de que se puede disponer es tan breve que solo de una manera sintética se puede hacer la réplica.

Me congratulo de la esplicación dada por el Dr. Weiss, por cuanto que, con su autorizada opinión viene á robustecer el dignóstico para mí únicamente posible, no habiéndome permitido afirmar, ni negar, ninguna teoría, porque lo he considerado sumamente difícil.

En cuanto á la manifestación del Dr. Vila, solo me permitiré llamar su atención acerca de la imposibilidad de presentar curva tetánica en un caso de tan fugáz existencia, debiendo agregarle que la temperatura en el tétanos tiene variadas modificaciones, que no son comparables con las del paludismo.

Al Dr. Santos Fernández reproduzco lo replicado al Dr. Weiss.

En cuanto á la objeción de los Dres. Plá y G. López, que presentan

como grave deficiencia para el diagnóstico la falta de autópsia, contestaré que, si bien es sensible, no era indispensable para el diagnóstico, pues las lesiones anátomo-patológicas en el tétanos son tan variables y algunas veces tan contradictorias que en nada aventajan á la observación clínica en gran número de casos. Y uniendo á los Dres. Gordillo y G. López en lo que se refiere al traumatismo, repetiré que no pude descubrir en el niño señal, ni huella alguna de él, así como tampoco cabalgamiento de los huesos del cráneo, y, por último, que las afecciones cerebrales y medulares, que pudieran confundirse con el tétanos, tienen diferenciaciones clínicas evidentes.

Respecto al Dr. Zayas, ya contestado en parte, agregaré que estoy de acuerdo en que un caso no puede servir para apoyar ninguna teoría, pero sí para ser esplicado por alguna, como lo han hecho los Dres. Weiss y J. S. Fernández, toda vez que de algún modo han de tener esplicación las cosas.

El Sr. Presidente: Agotadas las horas reglamentarias se dá por terminada la sesión, y, en cumplimiento del acuerdo tomado, se convoca el Congreso para el inmediato día á la una de la tarde.





QUINTA SESION.

(19 de Enero.—Tarde)

El Dr. Santos Fernández (Vice-presidente) abre la sesión.

El Vice-secretario, Dr. D. J. San Martín, dió lectura al acta de la anterior, que fué aprobada por unanimidad, despues de ligeras rectificaciones de los Dres. Plazaola, Plá, Reyes y Bellver.

Ocupa la Presidencia el Dr. Zayas y concede el uso de la palabra al Dr. Diago para leer su trabajo:

De la hemato-quiluria de los países cálidos.



1ª parte.—Etiologia.

Por el Dr. Joaquín Diago.

La literatura de la hemato-quiluria es relativamente corta, y si se tiene en cuenta que la quiluria puede ocurrir bajo el influjo de circunstancias muy diversas y hasta con distinto cuadro sintomático, y se recuerda al mismo tiempo que jamás autor alguno ha descrito en particular ninguna de estas formas, resulta más pobre todavía, toda vez que los escritos existentes se refieren en conjunto á cuantos estados patológicos pueden originar esta alteración de la orina.

Bien es verdad que estas diferencias han sido señaladas por los autores, pero tan solo como cuestiones de importancia secundaria.

Por otra parte, como la hemato-quiluria es una afección reconocidamente rara, la mayor parte de los médicos, que tienen la ocasión de observar uno ó varios casos, se apresuran á publicarlos cuanto ántes, empeño, por lo demás, en extremo laudable. Pero resulta que no es siempre el observador más idóneo el más afortunado, lo cual explica el por qué se encuentran en la literatura médica relaciones de casos tan poco minuciosos, que pueden considerarse sin escrúpulo como casos perdidos para la ciencia, toda vez que en ellos se omite á veces hasta el análisis de la orina. Hagamos constar, de paso, que la distribución geográfica de la hemato-quiluria es sumamente desfavorable á su completo estudio.

Nosotros hemos tenido ocasión de observar cierto número de casos, y como quiera que, teniendo á nuestro cargo la bien montada sección de Urología del Laboratorio de la Crónica Médico-Quirúrgica de la Habana, nos hallamos en condiciones escepcionalmente favorables para este estudio, hemos instituido una série de investigaciones, todavía incompletas, cuyos resultados sometemos hoy á la alta autoridad de este Congreso.

En estas investigaciones hemos tratado:

1º De establecer y fijar las distintas circunstancias etiológicas y patogenéticas del mal.

2º De averiguar la relación que pueda existir entre las distintas modalidades etiológicas y las distintas formas clínicas.

3º De precisar la composición de la orina y las alteraciones de la sangre, y

4º De comparar sobre el terreno práctico los diversos tratamientos propuestos y determinar su valor terapéutico.

Muy léjos estamos de creer que nuestra tarea se halle concluida; ni siquiera abrigamos la esperanza de poderla concluir en época más ó ménos lejana. En efecto, las dificultades inherentes á esta clase de estudios son de todos bien conocidas, sobre todo si se recuerda que la hemato-quiluria en Cuba ataca con preferencia á las personas de color y de mala posición, gente inculta y, en general, poco dispuesta á someterse á los múltiples exámenes y experiencias propias de toda investigación minuciosa.

Así pues, nos importa sobremanera hacer constar que no pretendemos haber resuelto ni uno tan sólo de los árduos problemas que acompañan al estudio de esta afección; hemos tratado de fijar los límites de nuestra ignorancia, hemos buscado los puntos oscuros y dudosos y hácia ellos hemos dirigido nuestras investigaciones. Estas investigaciones son las que exponemos hoy á título de contribución modestísima y las exponemos todas, tales como fueron, sin elegirlas ni entresacarlas y á veces hasta sin comentarlas.

No haremos, por tanto, una relación detallada de la enfermedad y dejaremos á un lado aquellos puntos ciertos, sobre los cuales no cabe discusión, para fijarnos sobre todo en los hechos dudosos que nos ha sido dado investigar.

Hechas las anteriores observaciones, entremos en materia.

ETIOLOGÍA. (1.)

La mayor parte de los autores están de acuerdo en considerar la hemato-quiluria como una afección parasitaria. Esta teoría, expuesta por primera vez por Griesinger, (2) fué confirmada más tarde por Lewis (15) el cual descubrió y describió el hematozoario en cuestión y propuso para él el nombre de *filaria sanguinis hominis*, nombre que, por lo demás, fué universalmente admitido y es todavía el que sirve para distinguir este parásito. En razón de su universalidad le admitiremos tambien, pero no sin hacer ántes constar que le juzgamos sobradamente impropio, toda vez que ni es el único hematozoario humano, ni se le encuentra solo en el hombre.

El parásito descrito por Bilharz (3), Griesinger (2), Sonsino (16) y Ponfick (32), con el nombre de *Bilharzia ó distoma hœmatobium* puede tambien producir la hemato-quiluria; pero como no nos ha sido dado observar un solo caso de esta afección, no haremos mención de ella, creyendo además que dos enfermedades de distinta causa no deben confundirse en una sola descripción.

La teoría parasitaria de la hemato-quiluria ha encontrado numerosos adversarios: Papin (Thèse de Bordeaux 1886.)

Tras una série de bien dirigidas observaciones opone las siguientes objeciones:

1ª La filaria puede existir sin quiluria y la quiluria sin filaria.

2ª La enfermedad cesa en un clima frío.

3ª ¿Cómo explicar la producción simultánea de hematuria y quiluria por el mismo parásito?

4ª ¿Por qué el parásito no engendra siempre lesiones iguales? y

5ª ¿Por qué los efectos varían según las razas?

En el estado actual de nuestros conocimientos, es imposible destruir las objeciones de Papín. La primera es tan cierta que se halla mencionada por casi todos los autores. Siegmund (45) si bien admite el papel etiológico de la filaria, dice: 1º, que su existencia no es constante, y 2º, que se encuentra en personas que no presentan la hemato-quiluria. Comby (44) admite una hemato-quiluria parasitaria ó de los países cálidos y otra no parasitaria que distingue con el nombre de

(1) Los números colocados entre paréntesis después de cada nombre de autor remiten al lector á la bibliografía colocada al fin del trabajo.

Chyluria nostras. Mauson (37) ha encontrado la filaria en nueve indivíduos que no presentaban apariencia morbosa alguna. Finlay (41) cita un caso en el cual no se encontró jamás filaria, coincidiendo siempre la hemato-quiluria con la preñéz. Este mismo autor cita cuatro casos de filariosis sin hematoquiluria. Goetze (51), Wilkeus (57) y Abbé (34) caso 3º, Miss E. H., cita cada uno un caso sin filaria. Ponfick (32) declara haber buscado en vano la filaria. Gross (58) relata un caso en un calculoso que jamás presentó filaria.

De nuestra práctica particular podemos citar los siguientes casos:

1º Moreno Alejandro, hemato-quiluria intermitente de larga duración, sin filaria.

2º Morena Juana Brito, hemato-quiluria desde su primer puerperio, (hace unos 15 años) coincidiendo con las preñeces, sin filaria.

3º D. Antonio Palacios, hemato-quiluria de ocho meses, sangre examinada en repetidas ocasiones, sin filaria.

4º Morena Salomé, quiluria, sin filaria.

5º Moreno Eustaquio, filariosis, sin síntoma urinario alguno.

Como se vé, hemos tenido ocasión de observar hemato-quilurias y quilurias sin filariosis y filariosis sin fenómenos urinarios; así pues, nos parece en extremo fundada la primera objeción de Papín.

No lo es tanto ciertamente la segunda: 1º, porque está muy lejos de ser cierta en absoluto, y 2º, porque, dado que lo fuera, en nada se opone á nuestro juicio á la teoría parasitaria.

No solamente puede la afección subsistir después de un cambio de clima, sino que se la ha visto empezar en climas fríos y templados. Abbé (34) en su primer caso dice que empezó en Copenhague. A. Ferrand (40) vió debutar una hemato-quiluria parasitaria, tipo, en París (caso de L. Anhis): como éstos, pudiéramos citar aún muchos casos, pero los omitiremos en pró de la brevedad; bástenos decir que no tenemos experiencia personal alguna en este punto.

Las objeciones 3ª y 4ª de Papín encierran problemas patológicos muy dignos de estudio, pero bastante oscuros é indeterminados para no poderse utilizar como argumentos.

Por lo que toca á la 5ª objeción, diremos que las diferencias de que habla Papín nos parecen tanto más claras, cuanto que admitimos que la hemato-quiluria puede sobrevenir en el curso de estados patológicos muy diversos. Estas diferentes fisonomías clínicas, no solo se observan en diferentes razas, sino hasta en individuos de la misma raza y condiciones de vida.

La mayor parte de los argumentos, que se han opuesto á la teoría parasitaria, son parecidos á los de Papín y su análisis detallado sería en extremo extenso é inútil.

Para juzgar de la cuestión, bástenos pues examinar los argumentos

en pró y en contra y ver si de ellos puede deducirse alguna opinión definitiva.

Los partidarios de la teoría parasitaria no tienen más dato en su apoyo que la coincidencia del parásito con los síntomas. La frecuencia de esta coincidencia varía naturalmente según los observadores. Autor hay que asegura haber encontrado la filaria en todos sus casos. Ponfick (32) no la ha encontrado jamás; pero haciendo caso omiso de estas opiniones extremas, vémos que la mayor parte de los autores han presenciado casos con filaria y casos sin ella. Comby, (44) como ya hemos dicho, las ha clasificado. Nosotros hemos observado más casos sin filaria que con ella, á pesar de haber multiplicado los exámenes de la sangre hasta la saciedad.

Ahora bien; si los partidarios de la teoría parasitaria no aducen más prueba que la simple coincidencia del parásito y los síntomas, y los contrarios á esta teoría solo se fundan en la falta de esta misma coincidencia, ¿qué opinión adoptar?

Dado el enorme incremento que en estos últimos años ha tomado la teoría parasitaria en general; dadá la asombrosa precisión de los aparatos y métodos modernos y, dada, por último, la severísima lógica en que se inspiran los sábios que hoy practican investigaciones en este sentido, lógica que, por lo demás, no ha sido efecto de un acuerdo unánime, sino que, ántes bien, ha sido fatalmente impuesta á los observadores por el sin número de fracasos, que, con la sarcástica evidencia de los hechos, han venido á deshacer una á una las hermosas teorías cimentadas con demasiada ligereza sobre un vuelo de imaginación ó una coincidencia pasajera; dadas, repetimos, estas circunstancias, no es lícito admitir la filaria como causa de la hemato-quiluria.

Para que en el día se admita un parásito como causa de una enfermedad, ha de reunir las siguientes condiciones:

1ª Ha de encontrarse en todos los casos.

2ª No ha de hallarse presente en otras enfermedades y mucho ménos en el estado de salud aparente.

3ª Inoculado ha de reproducir la enfermedad, y

4ª En los casos de enfermedad experimental, se le ha de encontrar á distancia del punto de inoculación.

Veamos hasta donde llena la filaria este programa.

La 1ª y 2ª condición han sido ya ámpliamente estudiadas en el curso de este trabajo y creemos haber demostrado hasta la evidencia que la filaria no se halla presente en todos los casos de hemato-quiluria y que, por el contrario, puede encontrarse en ausencia de todo síntoma urinario y aún en el estado de salud aparente.

La 3ª condición, (inoculación) si bien ha servido de base á varias teorías, no ha sido objeto jamás, que nosotros sepamos, de una investi-

gación séria. Manson (18) dió á luz la ingeniosa teoría del mosquito; pero la mayor parte de su trabajo la dedica á estudiar las metamórfosis que sufre la filaria en el intestino y los escrementos de dicho insecto, quedando por tanto, su teoría sin comprobación satisfactoria.

Las aguas potables han sido inculpadas por casi todos los autores: nosotros nos hemos fijado muy mucho en este detalle sin que nos haya sido posible obtener deducción alguna, pues si bien hemos observado la hemato-quiluria en tres personas acostumbradas á consumir aguas de mala calidad, una de ellas no presentaba filarias y las otras dos habían vivido con otros muchos indivíduos que consumían la misma agua, sin que por eso padeciera su salud detrimento alguno. De estos tres indivíduos, dos eran tabaqueros y habían habitado largo tiempo en Key West y el tercero era mecánico á bordo de un barco de guerra, que se surtía de agua dónde se le presentaba ocasión de hacerlo, sin reparar en su proveniencia y la almacenaba á veces durante largo tiempo. Este último no presentaba filarias.

Con el objeto de esclarecer en lo posible la cuestión hemos practicado las siguientes experiencias:

1ª Tomamos tres gotas de sangre de D. Juan Apolonio Valdés, cuyo caso hemos publicado ya en otro lugar (66) y las mezclamos íntimamente con 3 c. c. de agua destilada y esterilizada.—De dicha mezcla inyectamos 1. c c. bajo la piel de un curiel, 1 c. c. bajo la piel de un conejo y 1 c. c. en la cavidad peritoneal de otro conejo.—La sangre de este enfermo presentaba 2 á 3 filarias por preparación y en su orina se encontraban vivas y por término medio 1 por preparación. Las inoculaciones las practicamos de noche, hora en que parecían ser más abundantes las filarias, pues en este individuo se hallaban presentes á todas horas. El resultado fué en absoluto negativo, por más que tuvimos los animales en observación más de dos meses, al cabo de cuyo tiempo los sacrificamos sin que en la autopsia notáramos nada digno de mención.

2ª Tomamos de este mismo paciente bastante cantidad de sangre para teñir de rojo subido 10 c. c. de agua destilada y esterilizada, de cuya cantidad hicimos ingerir 5 c. c. á un curiel y el resto á un conejo. El resultado de esta experiencia fué igualmente negativo.

Para poder juzgar de estas experiencias es importante saber que tanto el curiel como el conejo, pueden presentar la hemato-quiluria y que la presencia de hematozoarios en su sangre no es rara. Goetze (51) hace mención de quince conejos quilúricos: nosotros hemos publicado el hecho (66) de un curiel que presentó quiluria después de la inyección intravenosa de 1 c. c. de leche de vaca; últimamente hemos visto un curiel cuya orina se hizo quilosa en el curso de una *pintadilla* experimental.

Tambien nos ha sido dado observar la presencia de hematozoarios, parecidos á la filaria, en curieles, pollos y ratones blancos.

Con el objeto de averiguar si la sangre de los hematoquilúricos contenía algún *schyzomyceto*, hemos practicado siembras en gelatina y agar-agar con la sangre de todos nuestros pacientes que se prestaron á ello. Nuestra técnica ha sido la siguiente: lavado con agua y jabón, lavado con sublimado al 1 por 1000, lavado con alcohol, 2º lavado con sublimado, lavado con el éter, punción con lanceta flameada y siembra por el proceder habitual. Todas las siembras resultaron estériles, salvo una que se infectó con el micrococcus descrito por el Dr. Finlay con el nombre de *Tetragenus febris flavae.*

Así pues, hemos llegado á la conclusión de que *la sangre de los hemato-quilúricos no contiene schyzomycetos.*

Estas investigaciones también las hemos llevado á cabo en la orina; nuestra técnica ha sido por demás sencilla: hacíamos sostener al enfermo, mientras orinaba, una gran campana de cristal sobre el chorro para impedir la posible caida de los gérmenes aéreos, y sembrábamos tubos numerados desde el principio hasta el fin de la micción; invariablemente germinaban el 1º ó los dos primeros, quedando estéril el resto; cuando despreciábamos las primeras porciones de orina, quedaban estériles todos los tubos; quedando así demostrado que *la orina de los hemato-quilúricos se halla libre de schyzomycetos.*

Debemos hacer constar que la ausencia de microbios en la orina fué comprobada por Wilkens (57) ántes que por nosotros.

Una vez en posesión de estos datos no vacilamos en sostener:

1º Que la filaria no produce necesariamente la hemato-quiluria.

2º Que la hemato-quiluria no es siempre producida por la filaria.

3º Que no hay base científica suficiente para conceder á la filaria un papel etiológico importante.

Réstanos ahora preguntarnos si la filaria puede por sí sola producir *alguna vez* la hemato-quiluria.

No nos es posible contestar esta pregunta, pero consignaremos que datos positivos no tenemos ninguno, mientras que negativos tenemos nuestras ya relatadas inoculaciones.

Cierto número de autores admiten la hemato-quiluria como síntoma ó complicación de otra enfermedad; esta opinión se halla apoyada por un número de hechos y observaciones bastante considerable. Goetze (56) la cree dependiente de una lesión hepática, si bien admite que también puede ser traumática ó parasitaria. Schreube, (59) fundándose en un buen número de hechos, admite, como causa inmediata de la hemato-quiluria, la obstrucción ó estrechamiento del gran canal torácico y repleción subsecuente de todo el sistema linfático. Boyd (60) opina de igual manera, así como tambien Grimm, (61) el cual

insiste en el parecido de la grasa de las orinas quilosas con la grasa alimenticia. Crevaux (14) considera predispuestos á los sujetos linfáticos. Nativel (50) indica como causa predisponente un ataque anterior de paludismo. Wucherer (9) inculpa al riñón, fundándose en el hecho de haber encontrado en la orina cilindros y moldes de canalículos, opinión que ha sido combatida por Siegmund (45) que no cree que la orina sea escretada por el riñón tal cual se elimina, pues de ser así es imposible que siendo tan rica en albúmina, grasa y glóbulos, no determine la ruptura y supuración del glomérulo; además, le ha sido imposible encontrar los elementos renales de que habla Wucherer. Vandyke Carter (4) admite una mezcla de la linfa y la orina en un punto cualquiera entre la pelvis renal y la uretra.

Por nuestra parte hemos tenido ocasión de observar vários de los factores etiológicos arriba mencionados; citaremos:

1º Al moreno Alejandro, cocinero, como de 50 años de edad;—es atacado de un violentísimo cólico hepático que dura doce horas, al cabo de las cuales desaparece, presentándose entónces por primera vez la hemato-quiluria. Al exámen presenta este enfermo un ligero aumento de volúmen en el hígado. La hemato-quiluria desapareció tras un régimen tónico y no ha vuelto á presentarse desde su primera aparición, (1885) por más que, desde esa época hasta el dia, haya sufrido dos ataques más de cólico hepático de menor intensidad que el primero. Este enfermo no presenta filarias.

2º D. Juan Arciega, hemato-quiluria intermitente, de 18 años de duración, edema de las piernas, filariosis, no ha sentido jamás dolores en la región hepática; en cambio los siente bastante fuertes en los riñones; el exámen físico no revela nada anormal.

3º D. Antonio Palacios, 26 años, hemato-quiluria de ocho meses, sin filaria, región hepática normal; dolores renales ligeros, emaciación.

4º D. Juan Apolonio Valdés, 26 años, hemato-quiluria intermitente, cefalalgia, dolor renal vago, filariosis, región hepática normal.

5º Morena Juana Brito, hemato-quilúrica, coincidiendo con los embarazos, sin filiaria, constipación, dolores vulvares.

En presencia de estos casos, analicemos someramente las opiniones de los autores.

La opinión de Goetze, que, como ya hemos dicho, cree la hemato-quiluria dependiente de una lesión hepática, nos parece muy digna de tenerse en cuenta, pues la suma de hechos que indican por lo ménos una relación bastante frecuente, es ya considerable. Nuestro primer caso es bastante significativo, si bien disminuye un tanto su valor el hecho de haberse presentado posteriormente el cólico hepático sin ser seguido de quiluria.

La teoría de Wucherer (riñón) nos parece menos fundada, pues, si

bien es verdad que en casi todos los casos se presenta dolor renal, más ó menos graduado, bien pudiera ser que este dolor no tuviera su punto de partida en el riñón mismo, sino que radicara en el uréter ó en los tejidos peri-renales, sitio probablemente predilecto de las várices linfáticas. Por otra parte, nosotros, al igual de Siegmund, no hemos podido comprobar una sola vez la presencia de elementos figurados del riñón en la orina de los hemato-quilúricos, y creemos con él que los casos de Wucherer se hallaban atacados de alguna afección renal preexistente. En este punto es necesario proceder con gran precisión, pues bien conocido es de todos los observadores el hecho de que una orina purulenta puede con mucha facilidad ser tomada por quilosa, á poco que el exámen sea incompleto. Nosotros hemos examinado dos orinas; la primera remitida por nuestro distinguido maestro el Dr. Raimundo de Castro y la segunda por nuestro ilustrado amigo y compañero el Dr. Manuel Moreno, que hubieran pasado fácilmente por quilosas á juzgar por su aspecto lechoso rosáceo; ni aún por un reposo prolongado recuperaban su transparencia; sin embargo, ámbas orinas, convenientemente filtradas, se hicieron perfectamente límpidas; el exámen microscópico solo demostró la presencia de leucocitos en notable proporción y alguno que otro glóbulo rojo.

El caso del Dr. Moreno era el de un indivíduo que presentaba una afección hepática, cuyo hecho podía contribuir á aumentar la confusión.

La teoría linfática es quizás la más universalmente admitida, pero, como fácilmente se comprende, no es una teoría etiológica sino patogenética, toda vez que tiende á poner en claro el mecanismo del paso de las materias grasas y la sangre á la orina. Tan cierto es esto que Schreube (59) y Boyd (60) admiten como causa de la hemato-quiluria la obstrucción parasitaria del gran canal torácico. De igual manera opina gran número de partidarios de la teoría parasitaria, por más que esta creencia no haya sido aun comprobada satisfactoriamente.

Las alteraciones más ó ménos profundas del sistema linfático son los únicos hechos constantes que hasta hoy se han encontrado en las pocas autópsias que se han practicado.

Nosotros no hemos tenido ocasión de practicar autópsias de hemato-quilúricos, pero vista la constancia de las lesiones linfáticas, estamos dispuestos á admitir como el hecho patogenético, si nó constante, al ménos más frecuente, el estrechamiento ú obstrucción del gran canal torácico ú otro vaso linfático cualquiera.

De más está decir que dentro de la teoría linfática caben todas las modalidades etiológicas, inclusa la parasitaria.

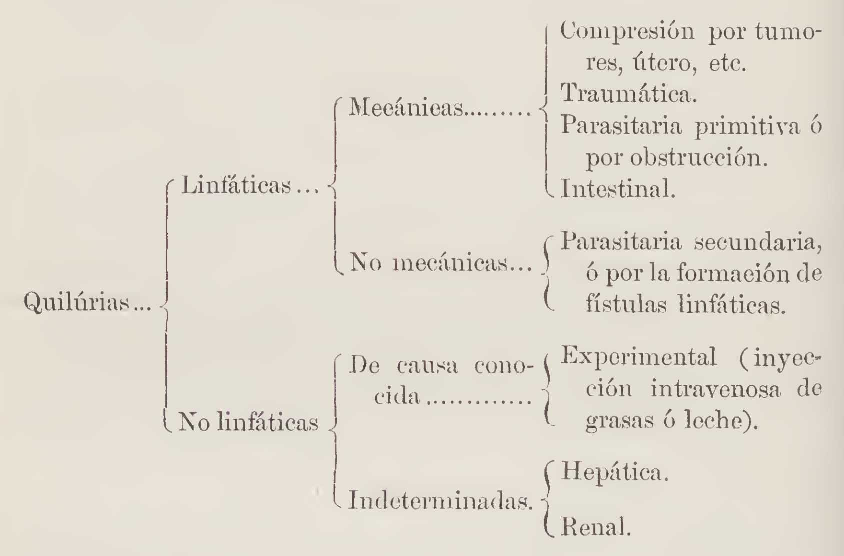
Mucho más tendríamos aún que decir, pero no queremos abusar de la benévola paciencia de nuestros oyentes. Así pues, terminaremos

este capítulo, repitiendo que en el estado actual de la ciencia no tenemos datos suficientes para explicarnos la etiología y patogenia de la hemato-quiluria y proponiendo provisionalmente la siguiente división de las hemato-quilurias, fundada sobre la insegura base de las hipótesis y sin otro objeto que facilitar el estudio.

En esta división hemos admitido todas las teorías por más que no se hallen comprobadas.

Sería de desear que los observadores al estudiar sus casos, se conformaran á ésta ó cualquiera otra clasificación, con el objeto de metodizar el estudio.

He aquí nuestra división:



El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr, Finlay para argumentar.

El Dr. Finlay: Está de acuerdo con el Dr. Diago. En un trabajo que presentó hace algunos años á la Academia de Ciencias, afirmó la frecuencia de la filaria en la mayor parte de los enfermos de hemato-quilúria. En diez casos que ha tenido, ha podido observarla en ocho, descartando desde luego aquellos que se relacionaban con la preñez ó enfermedades anteriores. La producción de la filariosis, que á su juicio no tiene que ver nada con el clima, puede esplicarse por la ruptura de várices linfáticas en el trayecto de la orina.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Semprun.

El Dr. Semprun: Cree que el Dr. Diago ha omitido datos anamnésticos; no indica, por ejemplo, la influencia del alcohol. Cita el hecho de un soldado alcoholista, dispéptico, en quien observó el *distoma hœmatobium* y pregunta si no pueden haber tenido influencia

sobre el orígen de esa hematoquiluria, la estcatósis hepática ó la presencia de fermentos pancreáticos en la sangre.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Forns.

El Dr. Forns (de Marianao): Solo ha encontrado dos veces la filaria en doce casos de hemato-quiluria. La mayor parte de ellos pertenecian al sexo femenino, y ninguna era alcoholista. Es partidario de la teoría que supone la enfermedad de orígen linfático, y los mejores tratamientos son aquellos que poseen una acción electiva sobre este sistema.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Moreno de la Torre.

El Dr. Moreno de la Torre: Piensa que á falta de una teoría cierta, no debe admitirse otra por más racional que parezca. No hay más que dos estremos: la verdad ó el error. Las clasificaciones provisionales que no están bien basadas, no pueden aceptarse.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Plá.

El Dr. Plá: Ha observado la hemato-quiluria, coincidiendo con un fibroma uterino, en dos señoras y desea saber si las afecciones uterinas juegan algún papel en la producción de dicha enfermedad.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Mestre.

El Dr. Mestre: Manifiesta que el caso citado por el Dr. Diago, de filariosis sin hemato-quiluria no tiene un valor científico. Los autores citan ejemplos de aparición tardía de esa enfermedad, en los cuales se presentó tres veces la filariosis ántes de comprobarse los fenómenos de la hemato-quiluria. Tal vez la observación ha sido insuficiente ó no ha tenido en cuenta el Dr. Diago ciertos datos de historia natural.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Méndez.

El Dr. Méndez (de Cárdenas): Cita el caso de una mujer en que se presentaba la hemato-quiluria cada vez que entraba en gestación y otro en que curó la enfermedad al curarse una afección uterina.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Gordillo.

El Dr. Gordillo: Menciona el hecho de una histérica, que sufría un ataque de hemato-quiluria pasagero con motivo de cualquier afección moral. Describe tambien otro caso de forma intermitente: la hemato-quiluria desaparecía por la noche, se presentaba de nuevo por la mañana y volvía á desaparecer con los movimientos de locomoción. Este enfermo curó completamente después de haber hecho una larga jornada á pié.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Diago para replicar.

El Dr. Diago: Contesta al Dr. Finlay, que como no se ha hecho estadística, no puede afirmarse la frecuencia que señala. Al Dr. Semprun, que por observaciones recientemente verificadas, cree que la grasa de la orina reconoce una procedencia alimenticia. Al Dr. Moreno, que en su clasificación ha dado cabida á todas las hipótesis, pero que no acepta ninguna de estas como norma del tratamiento. Agrade-

ce las observaciones de los Dres. Plá y Méndez sobre la coincidencia de la hemato-quiluria y algunas afecciones uterinas, cuya influencia etiológica es innegable. Al Dr. Mestre, manifestó que había vuelto á ver el enfermo de la filariosis y no le había encontrado, desde hace un año, fenómenos urinarios. Al Dr. Gordillo, que dadas las circunstancias en que se produjo el fenómeno y tratándose de una histérica, no estaba dispuesto á aceptar los hechos relatados.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Diago para leer su trabajo:

De la hemato-quiluria de los países cálidos.

2ª parte.—Sintomatología.

Por el Dr. Joaquín Diago.

Como quiera que jamás nos ha sido dado practicar una autopsia de hemato-quiluria, seremos sumamente breves en este capítulo y haremos caso omiso de cuantas hipótesis se han sustentado sin la debida comprobación. En los escritos que hemos recorrido solo hemos encontrado la relación de cuatro autopsias de hemato-quiluria. Daremos una corta exposición de ellas.

1ª autopsia.—Ponfick (32). Todas las lesiones apreciables residían en los linfáticos. El diámetro del gran canal torácico era igual al de un dedo. Los vasos linfáticos abdominales se hallaban sumamente distendidos y llenos de una materia roja azulosa. Igual tinte se observaba en los gánglios linfáticos abdominales. Los riñones presentaban inflamación hemorrágica.

2ª autopsia.—Stephen Mackenzie (39). Este observador acompaña su relación de un grabado en el cual se ven los vasos linfáticos abdominales y el gran canal torácico sumamente distendidos. El gran canal torácico se hallaba *obliterado* á doce centímetros por encima del diafragma, perdiéndose en una masa inflamatoria; con todo, su extremo superior estaba permeable.

3ª autopsia.—Havelberg (45). Unica autopsia en que se halla comprobada la existencia de las fístulas linfáticas. En este caso se vió un grueso tumor linfático que comunicaba por una parte con la vejiga y por otra con los quilíferos abdominales.

4ª autopsia.—Murata (62). Vasos linfáticos sumamente distendidos. En el riñón derecho se encontraron degenerados los glomérulos y los canalículos.

Como se vé, el único hecho constante en todas las autopsias ha sido la repleción y distensión del sistema linfático y del gran canal

torácico. En una de las autopsias se encontró una fístula linfática. En otra se observó la obliteración inflamatoria del gran canal torácico.

Ninguno de los autores mencionados habla de obstrucción parasitaria.

SÍNTOMAS Y MARCHA.

La existencia de pródromos en la hemato-quiluria ha sido mencionada por muchos autores. Pero si se examinan detenidamente sus descripciones, pronto se echa de ver que los hechos que citan no pueden, en conciencia, ser aceptados como tales pródromos. Goetze (51), por ejemplo, cita como pródromo la hístero-epilepsia; A. Ferrand (40), habla de dolores de cabeza un año ántes (caso de L. Anhis), cólicos y diarrea sanguinolenta; Crevaux (14) ha visto la enfermedad empezar con náuseas y vómitos.

Así pues, los fenómenos que generalmente se citan como pródromos no son sino el conjunto de manifestaciones de una afección preexistente, de la cual viene á ser la hemato-quiluria un síntoma, complicación ó resultado más ó ménos directo y más ó ménos explicable. En efecto, no nos parece propio llamar pródromo á un ataque de hístero-epilépsia ó sarampión, á dolores de cabeza ocurridos un año ántes del principio de la enfermedad, al embarazo etc. etc. Más acertado sería preguntarnos si la enfermedad puede ocurrir por sí sola y ser protopática.

La mayor parte de los casos citados ó referidos por los autores, han tenido lugar en personas que habían padecido, poco tiempo ántes del principio de los síntomas urinarios, alguna otra afección; esta afección ha sido las más de las veces hepática; bueno será hacer constar que las lesiones hepáticas *comprobadas* parecen ser más frecuentes en los casos de *Bilharzia hæmatobia*, que en los de *Filaria sanguinis* y los de hemato-quiluria no parasitaria. El célebre caso de Mme. S., referido por Gautrelet (49), fué de *Bilharzia*, y este autor no hace para nada mención de la orina. Parécenos lógico suponer que dicho producto excrementicio no presentaba modificación alguna digna de mención, pues de lo contrario, seguros estamos de que dicho inteligente observador no lo hubiera pasado por alto.

En este caso la enferma llegó á expulsar un fragmento de tejido propio del hígado, que pesaba 0 gr. 174, en el cual se encontraron numerosos huevos de *Bilharzia*.

Por nuestra parte, siempre hemos observado la hemato-quiluria despues de otras manifestaciones patológicas más ó ménos acentuadas; citaremos algunos casos:

1º D. Antonio Palacios, la hemato-quiluria apareció tras largos desórdenes digestivos y un trabajo material exagerado.

2º D. Juan Apolonio Valdés, desórdenes digestivos desde niño, paludismo, hemato-quiluria y filariosis.

3º Moreno Alejandro, hernia escrotal, paludismo, violentísimo cólico hepático, hemato-quiluria.

4º Morena Salomé, desórdenes menstruales, paludismo, reumatismo crónico, quiluria.

5º Morena Juana Brito, hemato-quiluria tras un parto muy difícil y coincidiendo luego con casi todos sus embarazos.

6º D. Juan Arciega, reumatismo y paludismo, lesión valvular, edema de las extremidades, hemato-quiluria y filariosis.

7º Dª M. M., fibroma uterino y hemato-quiluria.

8º Dª M. J., ataque de hístero-epilepsia y hemato-quiluria.

En estas dos últimas no fué posible practicar el exámen de la sangre.

Nunca hemos tenido ocasión de observar el *debut* de una hemato-quiluria; pero de las relaciones de los autores y de los enfermos se desprende que el principio es brusco. A veces el enfermo se sorprende del singular aspecto de su orina; otras un coágulo impide ó dificulta la micción y otras en fin, y esto es más frecuente en las mujeres, el paciente puede ignorar por cierto tiempo el estado de su orina; hemos visto un caso de quiluria intermitente en una morena, la cual ignoró durante algún tiempo, que su orina presentase modificación alguna, y aún en el momento de acudir á nosotros atribuía el color blanco á la mezcla de su orina con un flujo vaginal que padecía habitualmente: este error se explica por el hecho de que la quiluria se presentaba tan solo por la mañana y jamás se formaron coágulos intravesicales.

Una vez comenzada la afección, puede adoptar un carácter contínuo ó intermitente; lo segundo es más frecuente.

Las intermitencias en la hemato-quiluria han llamado la atención de casi todos los observadores. Wilkens (57) dice que la orina de la mañana por lo general es clara; Habershon (33) señala la influencia de las comidas y asegura que la orina es más clara en ayunas. A. Ferrand (40) observó (caso de L. Anhis) que las orinas se hacían lactescentes y sanguinolentas sobre todo en la segunda mitad de la noche y la mañana. Finlay (41) ha comprobado tambien esas intermitencias. Senator ha visto un caso en el cual la quiluria aparecía durante la noche. Aparte de las intermitencias observadas por los autores dentro de las veinte y cuatro horas y que por lo general guardan cierta periodicidad, existen otras que se llevan á cabo á intérvalos mucho más largos. Murata (62) ha observado intermitencias hasta de un año. En el caso de A. Ferrand (40) desaparecieron los síntomas urinarios durante seis meses. Nuestro ilustrado amigo, el Dr. Enrique Morado (de Marianao) ha tenido la bondad de facilitarnos la historia de una enferma en la

cual la aparición de la hemato-quiluria ha coincidido siempre con la estación propia de las frutas ácidas. El Dr. Héctor (de Guanabacoa) (65) refiere el caso de una intermitencia que duró cinco años. Finlay (41) cita su caso de coincidencia con los embarazos. Nosotros hemos observado todas las clases de intermitencias; á saber:

Intermitencias periódicas: orinas lactescentes sólo durante la noche; sólo por la mañana; sólo por la tarde; á todas horas menos por la mañana; á todas horas menos por la tarde y sólo durante el embarazo.

Intermitencias no periódicas: intermitencias de tres días, de dos meses, de un año, de cuatro años, de cinco años y de diez y ocho años.

Hemos observado tambien casos con intermitencias no periódicas y que presentaban una marcada periodicidad durante los períodos de hemato-quiluria.

¿Cómo podemos explicarnos estas intermitencias y periodicidades?

Habershon (33) lo atribuye á las comidas; esta opinión nos parece en extremo infundada. Eggel (10) afirma que la posición horizontal hace desaparecer la apariencia lechosa de la orina; este hecho ha sido negado por Brieger en un trabajo que no nos ha sido posible examinar, así es que no sabemos en qué razones se funda. Nosotros jamás hemos podido hacer desaparecer la hemato-quiluria por el cambio de posiciones, ni por el reposo prolongado en una posición determinada.

Algunos autores han querido relacionar las intermitencias en las modificaciones de la orina, con la periodicidad de la aparición de la filaria en la sangre. Nuestra experiencia personal se halla muy lejos de confirmar esta ingeniosa teoría; en efecto: hemos observado un caso sin filaria (morena Salomé) en el cual solo se presentaba la quiluria por la mañana. Otro (Valdés) que presentaba filaria á todas horas y la orina de la mañana era normal. Solo hemos observado coincidencia de horas en los síntomas urinarios y la aparición de la filaria en dos casos, y aprovechamos esta rara ocasión para ensayar una medicación antiperiódica, á cuyo fin administramos en distintas ocasiones, dos gramos de sulfato de quinina en una sola dósis, ocho, diez, doce, catorce y diez y seis horas ántes del ataque. De paso diremos que á pesar de este tratamiento, la hemato-quiluria reapareció á la hora de costumbre y las filarias continuaron impasibles.

Aparte de las alteraciones en la orina, se han descrito en la hemato-quiluria toda una serie de síntomas concomitantes. Estos síntomas pueden relacionarse á veces con las manifestaciones urinarias; otras, en cambio, parecen ser completamente independientes.

Si como creemos, es cierto que la hemato-quiluria jamás es protopática, resulta poco menos que imposible trazarle un cuadro sintomático propio. No podemos, en efecto, resolver de una manera segura si tal ó cual síntoma es dependiente directamente de la hemato-quiluria

ó de la afección primitiva preexistente. Esta dificultad se hace en extremo patente al recorrer las descripciones de los autores. Abbé (34) por ejemplo, dice que sólo se presentan trastornos generales cuando la afección ha persistido por largo tiempo, en cuyo caso aparecen dolores lumbares, neuralgias y síntomas análogos á los de la diabetes. Crevaux (14) habla de náuseas y vómitos. En el caso de Héctor (65) no había más sufrimientos que los morales. Nosotros hemos observado un caso con anorexia casi absoluta y Crevaux declara que el apetito por lo general se haya aumentado. A. Ferrand (40) vió su caso comenzar con cólicos violentos y diarrea sanguinolenta. Díckinson (18) ha visto sobrevenir un estado caquéctico en los casos de larga duración.

De las descripciones de los autores antes citados y otros muchos que no hemos mencionado, deseando ser en lo posible breves, parece deducirse que lo más frecuente es que la hemato-quiluria origine al principio pocos trastornos ó que no los origine en absoluto presentándose éstos más ó menos acentuados en los casos de larga duración.

Nosotros no hemos observado un solo caso que no se acompañara desde el primer momento de síntomas más ó menos notables. Bien es verdad que estamos muy lejos de poder afirmar que estos síntomas fueran directamente dependientes del estado de la orina.

En los casos que hemos podido observar, el apetito se hallaba abolido, disminuido, normal ó exagerado; la sed era normal ó exagerada; la constipación era la regla; el dolor hepático se hallaba presente á veces; el renal casi constantemente, sobre todo del lado derecho; dolores reumáticos en tres casos; pérdida ó disminución de las fuerzas en casi todos; cefalalgia en dos casos; edema de las extremidades inferiores en dos; dolor vulvar considerable en uno; cólico hepático violento en uno; desórdenes menstruales en dos; soplos cardiacos en dos (uno de ellos con lesión valvular bien caracterizada); gánglios inguinales aumentados de volúmen en uno; numerosos infartos en distintas partes del cuerpo en dos, y un picor casi contínuo en los miembros inferiores y el escroto en uno.

Como se vé por la anterior exposición los síntomas son en extremo variables; no nos detendremos, por tanto, á hacer de ellos una relación más minuciosa y entraremos en el estudio de una serie de alteraciones mucho más importantes, cuyo conocimiento es de la más imprescindible necesidad; nos referimos á las alteraciones de la sangre y de la orina.

Sangre. — Las modificaciones anatómicas de la sangre en la hemato-quiluria han sido estudiadas por un gran número de observadores. Wilkens (57) que nos da una descripción detallada de las alteraciones que ha podido comprobar cita ante todo el aumento del número de

los glóbulos blancos y la disminución del de los rojos; describe luego ciertas masas de fibrina y un sin número de globulillos *al parecer* grasosos. Abbé, (34) en el trabajo que tantas veces hemos citado ya, publica una lámina que parece ser esquemática, pero que hemos querido citar porque reproduce exactamente lo que hemos visto en todos nuestros casos de filariosis; en esta lámina se ven, á más de cinco filarias, unos cuantos glóbulos de sangre agrupados *en pila*. Esta es, en efecto, su disposición habitual y si bien los glóbulos en el estado normal tienden á agruparse *en pila*, hecho que ha sido objeto de várias publicaciones, nosotros hemos podido comprobar que en los *filariosos* esta tendencia se halla aumentada. Las alteraciones que refiere Wilkens (57) nos parecen tener una importancia menor que la que él parece concederle. En efecto, la hematología normal encierra todavía problemas bastante oscuros para poderse pronunciar con seguridad acerca de la significación de tal ó cual fenómeno observado. Por lo demás, la presencia en la sangre, de granulaciones, globulillos ó corpúsculos, *al parecer*, grasosos, ha sido señalada por muchos autores como hecho fisiológico, sobre todo en los momentos de la digestión.

Nosotros hemos hecho en distintas ocasiones el conteo en los glóbulos; también lo ha practicado en uno de nuestros enfermos el Dr. Morado, cuya pericia en esta materia es de todos bien conocida; ni nuestro ilustrado compañero ni nosotros hemos podido comprobar alteración alguna en el número de glóbulos blancos ni en los rojos: un enfermo (Valdés) de constitución sumamente pobre, presentó una disminución en el número de glóbulos rojos y 7, 5 por 100 de hemoglobina (al hemocromómetro de Malassez) pero no damos importancia al hecho, toda vez que este individuo presentaba desórdenes intestinales, gran emanciación y empobrecimiento casi desde su niñez, al paso que su hemato-quiluria sólo databa de ocho meses.

A más de las alteraciones anatómicas, presenta la sangre otra particularidad digna del más detenido estudio; nos referimos á la presencia en ella de los distintos hematozoarios que han sido casi universalmente considerados como la causa de la hemato-quiluria.

Vários autores han intentado establecer la identidad de la *Bilharzia* y la *Filaria*, añadiendo que tan sólo difieren en tamaño; no hemos visto jamás una *Bilharzia;* pero podemos asegurar que si son ciertas las descripciones que de ellas se publican, no hay tal identidad. Por lo pronto, hemos de confesar que no hemos podido comprobar ninguno de los delicadísimos detalles de extructura que encontramos en ciertas relaciones y nos complacemos en decir que Grimm, (61) en su notable artículo declara que tampoco las ha podido encontrar. El Dr. Finlay (41) usando un aumento de 1,300 diámetros, pudo distinguir una estriación en el cuerpo del parásito. Asegura tambien este

observador que ha comprobado la existencia de una *boca*, que le pareció ser una *ventosa retráctil* que servía para *coger los hematies;* ha observado tambien un tubo intestinal lleno de *materia granulosa «además de las granulaciones brillantes que aparecen siempre en el cuerpo de la filaria,»* y una abertura ovalada cerca de la cola que supone ser el ano.

Nosotros en nuestras investigaciones hemos usado diversos aumentos: desde 60 diámetros para buscar el parásito hasta 2,250 inmers. homog. y 3,500 *secos* para estudiar los detalles; nos hemos valido á veces del condensador Abbé, provisto de diafragmas apropiados y hemos empleado, tanto la iluminación axial, como la oblícua con distintas inclinaciones; el microscopio que hemos empleado ha sido el gran modelo número 1 de Zeiss (de Jena), provisto de los nuevos objetivos de este constructor llamados *apocromáticos* y de los oculares *compensadores números* 2 al 18 inclusive. Hemos estudiado la *filaria* viva, muerta, de noche, de día, en la sangre y en la orina, y aún hemos ensayado vários procederes de coloración. Todo ha sido inútil; á pesar de todas estas precauciones, no hemos conseguido ver ni boca, ni ano, ni intestino, ni hendidura genital; hemos visto tan sólo, y esto invariablemente, un pequeño lumbricóide en extremo móvil y tal cual se vé en la lámina de Abbé (34).

En las preparaciones recientes, la *filaria* se halla dotada de un movimiento bastante vivo, pero por lo general bastante regular; este movimiento se lleva á cabo encorvando el parásito una de sus extremidades (siempre la misma) y cruzándola sobre su cuerpo hasta formar un círculo; la continuación de este movimiento hace avanzar el círculo hasta la extremidad opuesta y desaparecer; estos movimientos pueden á veces llevarse á cabo de una manera tan regular que parecen rítmicos; en las preparaciones menos recientes, los movimientos se hallan dificultados por el acúmulo de glóbulos al rededor de la filaria, y quedan reducidos á simples ondulaciones, cada vez menos frecuentes.

No llegaremos hasta negar en absoluto la existencia de órganos en la filaria; pero se nos antoja que viva y en movimiento se presta sumamente poco á ser estudiada en detalle y que una vez que ha muerto rodeada de glóbulos, granulaciones, mallas de fibrina y detritus globulares, debe ser poco menos que imposible determinar si tal ó cual detalle, más ó ménos aparente, se halla realmente en su cuerpo ó es el resultado de la agrupación más ó menos caprichosa de las materias en que se halla sumergida.

Orina. — La orina de los hemato-quilúricos ha sido objeto de numerosas investigaciones y publicaciones. No entraremos aquí en un estudio minucioso de su composición cuantitativa, materia acerca de la cual hemos publicado recientemente un trabajo (66). Analizaremos

tan sólo algunos detalles de interés, que en parte hemos tratado en el citado trabajo, y subsanaremos un error que sostenemos en él.

1º *Color de la orina quilosa.*—Como todos sabemos, la orina quilosa es por lo general blanca, ligeramente rosada ó color de chocolate, según se halle mezclada con mayor ó menor cantidad de sangre.

Las más de las veces, la orina quilosa es completamente opaca; esecpcionalmente es lactecente, translúcida ú opalina.

¿A qué es debida la opacidad de la orina quilosa? La inmensa mayoría de los autores opina que esta opacidad es el resultado de la presencia de una cantidad variable de grasa libre emulsionada ó finamente dividida. Con todo, esta opinión ha sido puesta en duda por unos pocos observadores, que han comprobado que una vez separada la grasa por medio del éter, no siempre recobra su transparencia normal. Bizozzero y Fircket (48) atribuyen el fenómeno á la presencia de un número tal de micro-organismos que enturbian el líquido restante, pero nosotros hemos demostrado en nuestro ya citado trabajo, que esta opinión es errónea. Ultimamente hemos observado una orina en la cual la adición de éter, sólo producía una transparencia muy imperfecta, por más que el análisis bacteriológico demostró que se hallaba en absoluto, libre de gérmenes.

Carré (53) admite la existencia de una cubierta albuminosa que protege al glóbulo de grasa, opinión que no podemos admitir: 1º, porque no reposa sobre base sólida alguna y 2º, porque hemos visto el fenómeno producirse en una orina quilosa que no contenía albúmina.

A más de las experiencias que hemos publicado en Marzo próximo pasado, (66) hemos practicado recientemente la siguiente: hemos extraido por el proceder Kletzinsky (1), toda la grasa contenida en 100 c. c. de orina quilosa y la hemos mezclado con 100 c. c. de orina perfectamente normal; la grasa se dividió completamente, pero la orina apenas perdió en transparencia; una gota de esta mezcla examinada al microscopio, revelaba innumerables globulillos de grasa finamente dividida; al cabo de veinte y cuatro horas, toda la grasa se había separado y sobrenadaba.

Ahora bien: la orina quilosa, muy á menudo no tiene estos corpúsculos y filtrada cuidadosamente por ocho ó diez papeles, queda libre de todo elemento figurado sin que por eso disminuya en lo más mínimo su opacidad. ¿Es posible admitir en buena lógica, que una orina en estas condiciones contiene grasa libre?; por otra parte, ¿es posible que la grasa sin combinarse ni disolverse se divida hasta el extremo de que con los mejores objetivos de inmersión homogénea y un aumento de más de 2.000 diámetros no se perciba ni la más ligera pulverulencia?; no lo creemos y dudamos que existan argumentos serios que apoyen esta creencia.

Nosotros hemos buscado esta pulverulencia granulosa con toda paciencia y buena voluntad; con el objeto de educar nuestra vista á la apreciación de los detalles más delicados nos hemos ejercitado durante cierto tiempo en el estudio de las *Diatomeas* y aún cuando hemos llegado á resolver con facilidad los problemáticos trazados é impresiones del *Pleurosigma Angulatum*, el *Surirella Gemma* y el *Amphipleura pellucida*, no hemos conseguido distinguir la grasa de las orinas antedichas.

Estas razones y otras más, que hemos expuesto en nuestra «Contribución al estudio de las orinas grasas» (66) nos indujeron á pensar en la saponificación. Cuando publicamos nuestro primer trabajo, creímos ser los primeros en señalar la saponificacion de las grasas en la orina, si bien tuvimos la precaución de no decirlo; más tarde hemos tenido ocasión de felicitarnos por esta reserva: en efecto, Kletzinsky (1) autor, nada menos que del primer artículo que existe en la literatura médica sobre la hemato-quiluria, si bien no dice que la grasa se halla saponificada, expone un método para dosificarla *aún cuando se halle saponificada.* Bouchut (26) tampoco dice que se halla saponificada, pero declara que en la parte superior del vaso, la orina no presenta glóbulo de grasa alguno, y que sólo se perciben cuando se somete este producto excrementicio á la acción combinada del ácido acético y del calor. Por último, Gœtze (51) dice que la grasa puede hallarse en la orina perfectamente *disuelta.*

Nosotros creemos haber demostrado que las orinas quilosas pueden hallarse privadas de grasa libre y que la simple adición de grasa á una orina normal, no le comunica aspecto quiloso; de ésto sería muy aventurado concluir que las orinas quilosas deben su aspecto á la grasa saponificada, pero esta opinión cuenta con las siguientes razones y experiencias en su apoyo:

1ª La grasa libre no es la que comunica su aspecto á la orina quilosa.

2ª En las orinas quilosas, que no contienen grasa libre, la acidificación la pone en estado de libertad.

3ª La grasa no saponificada es insoluble en el agua, al paso que la saponificada es soluble.

4ª Las soluciones acuosas de jabón se comportan, en presencia de los reactivos, lo mismo que la orina quilosa.

5ª Las orinas quilosas, que agotadas por el éter no se aclaran por completo, recobran su transparencia normal al ser agotadas por el cloroformo.

6ª Las orinas que contienen grasa libre, la abandonan por completo al ser filtradas, aún cuando la grasa se halle en el estado de más perfecta emulsión; este resultado es constante aún cuando sean albu-

minosas; en cambio, las orinas quilosas no recobran su transparencia por filtración.

7ª Es completamente imposible comunicar á una orina el aspecto de las quilosas por la simple adición de grasa; si se acompaña la grasa de un cuerpo cualquiera de los que favorece la emulsión, se obtiene la apariencia lechosa, pero de una manera en extremo transitoria.

8ª Las orinas mezcladas con un jabón preparado con grasas alimenticias ó con la grasa extraída de una orina quilosa, adquieren una opacidad, que, si bien no es tan completa como en la hematoquiluria, persiste después de la más delicada filtración.

9ª En una mezcla fuertemente agitada de 15 c. c. de orina normal y dos gotas de aceite de olivas, la adición de varias gotas de legía concentrada de sosa ó de potasa, determina instantáneamente el más completo aspecto quiloso.

Estas experiencias pueden llevarse á cabo con aceite de olivas, de hígado de bacalao, de ballena y con manteca de puerco recién preparada; la manteca de puerco, importada en latas, suele, á causa de sus impurezas, enmascarar los resultados; las experiencias llevadas á cabo con la manteca de leche fundida, dan resultados extraordinariamente claros: los aceites secantes no producen buenos resultados.

2º *Origen de la grasa de la orina.*—La mayor parte de los autores cree que la grasa de las orinas quilosas proviene en su totalidad de los alimentos; esta opinión descansa sobre un gran número de teorías é hipótesis en extremo verosímiles; nosotros la aceptamos á reserva de modificarla tan pronto como aparezca en la ciencia siquiera sea un sólo hecho que parezca demostrar que su procedencia es otra. No expondremos ni una sola de estas teorías, por no permitirlo la índole de este trabajo y reasumiremos en pocas palabras, los hechos que hemos podido recoger; á aquellos á quienes estas teorías interesen más particularmente, les recomendamos la lectura de los trabajos de Schreube (59) y Boyd (60).

El único hecho de verdadero valor que se ha invocado es la semejanza de la grasa extraída de las orinas quilosas con la grasa alimenticia; esta semejanza ha sido señalada por Grimm (61) y comprobada por nosotros hasta la saciedad; en efecto, la grasa que hemos extraído de las orinas quilosas, ha sido por lo general sólida ó semisólida á la temperatura ordinaria, grumosa, poco homogénea y amarillenta; en estas grasas existen por lo menos dos cuerpos de distinta temperatura de fusión; así vemos en las materias abandonadas por el éter, grumos ó masas perfectamente sólidas ó pastosas, cuya superficie es irregular; estas masas se funden á una temperatura de 45°—50° c.; al lado de estas masas encontramos otra sustancia líquida á la tempera-

tura ambiente y que puede obtenerse por expresión de las masas grumosas; el punto de fusión de esta sustancia se halla entre 15° y 20° c. y su aspecto es en todo igual al del aceite común de olivas; dichas materias grasas presentan un color amarillo verdoso y aún á veces hasta ligeramente moreno; después de un buen número de observaciones, hemos podido comprobar que el color de la grasa es tanto más oscuro, cuanto más cargada de sangre está la orina; así pues, las grasas obtenidas en casos de quiluria, ofrecen una coloración menos subida que las obtenidas en casos de hemato-quiluria. Todas estas grasas manchan el papel de la manera más característica.

De la anterior exposición creemos lógico deducir sin aventurarnos mucho, que es en extremo probable que las grasas de las orinas lechosas, no son otras que las grasas alimenticias y que si con los alimentos se ingieren distintas clases de materias grasas, también pueden eliminarse por la orina; con todo, consideramos que esta cuestión se halla muy lejos de estar resuelta de una manera definitiva y que sólo puede resolverse sobre el terreno experimental; cosa que, por lo demás, no parece presentar teóricamente y *à priori*, grandes dificultades; á este fin hemos instituido una serie de experiencias cuyos resultados esperamos poder publicar á la mayor brevedad.

3º *Acción del cloroformo sobre las orinas grasas.*— En el mes de Marzo del año próximo pasado, leimos ante la Sociedad de Estudios Clínicos y publicamos más tarde (66) un trabajo que cerramos con seis conclusiones, de las cuales, la quinta reza así:

«5ª *Que el éter disuelve la grasa de la orina quilosa y el cloroformo la emulsiona poniéndola ántes en libertad cuando se halla saponificada.*»

Diez meses han pasado y en este espacio de tiempo hemos podido reconocer lo que hoy nos felicitamos de ser el primero en publicar; esto es, que dicha conclusión es falsa; es falsa porque el cloroformo, sí disuelve la grasa de las orinas quilosas; es falsa porque si bien es verdad que el cloroformo separa de estas orinas una sustancia que semeja tan perfectamente macro y microscópicamente una emulsión que ha engañado por su aspecto á más de un compañero á quien la hemos mostrado, esta sustancia no es grasa; y es falsa, por último, porque dicho fenómeno se produce, no sólo con las orinas quilosas, sino con otras muchas, siempre patológicas, bajo el influjo de circunstancias que no son del caso, ni nos es dado por el momento señalar.

Roux (54), tomo 3º, página 59, dice: que una orina quilosa tratada por el cloroformo se separa al cabo de cierto tiempo en cuatro capas, á saber: 1ª de orina pura; 2ª de aspecto cremoso, *grasa;* 3ª un coágulo moreno y 4ª ó inferior, de albúmina coagulada. Como se vé, el ilustrado colega nos precedió en el error.

Nosotros jamás hemos visto la orina tratada en estas condiciones

separarse en cuatro capas; la 3ª capa de que habla Roux es discutible, pero la 4ª es inverosímil, toda vez que el cloroformo no *coagula*, ni tan siquiera precipita la albúmina, cuyo hecho hemos publicado y puesto de relieve, demostrando por medio de dosificaciones sucesivas que la orina que sobrenada contiene toda la albúmina que proporcionalmente le corresponde. En nuestras experiencias hemos visto siempre la mezcla de orina y cloroformo separarse en dos capas: la 1ª ó superior, de orina clara y límpida, y la inferior cremosa, semejando una emulsión y de un color blanco más ó ménos rojizo. Esta capa es sumamente complexa; en ella se hallan las materias grasas y de ella pueden fácilmente extraerse, pero no se hallan en estado de emulsión; la sustancia emulsionada, si cabe la palabra, es el cloroformo mismo; y aún cuando la palabra emulsión sólo se ha usado para las grasas, el aspecto de esta capa simula tan perfectamente una emulsión, tanto á simple vista como con el auxilio del microscopio, que no hemos podido resistir al deseo de conservarle el nombre. El cloroformo *emulsionado* ó finamente dividido, contiene la grasa en perfecta solución. Bajo el influjo de un calor suave, esta *emulsión* se separa; decantado entonces el cloroformo y evaporado á sequedad, abandona las materias grasas; la parte semisólida restante se halla en parte compuesta de glóbulos rojos y blancos, elementos celulares, fibrina y algunas materias cristalinas; contiene además, una sustancia amorfa, orgánica y soluble en el agua destilada que no hemos podido aún identificar y que, por sus caractéres generales, parece ser análoga á la que puede obtenerse tratando de igual manera á la mayor parte de las orinas, una vez que ha comenzado la fermentación.

Una vez que por medio del éter se han separado las grasas, sin que por eso hayan recobrado las orinas su transparencia primitiva, el cloroformo separa estos cuerpos en forma de *emulsión*, quedando entónces límpida la orina.

TRATAMIENTO.

He aquí el capítulo de más importancia práctica en la historia de toda enfermedad. Desgraciadamente en la afección que nos ocupa, el capítulo más importante, es quizás el más pobre; en efecto, el estudio del tratamiento de la hemato-quiluria se encuentra lleno de dificultades; no es ciertamente la menor, la imposibilidad en que se halla el práctico de diagnosticar la curación; y decimos «diagnosticar» porque no solo cabe un diagnóstico, sino hasta un diagnóstico diferencial, por lo general imposible, entre la curación y la intermitencia: de aquí que no pueda con seguridad recomendarse tal ó cual medicamento aún cuando su administración haya sido seguida de la desaparición de los síntomas.

Nosotros no podemos, dada la índole de nuestro trabajo, hacer un estudio, ni tan siquiera una simple mención, de todos los medicamentos ensayados, propuestos ó recomendados para combatir esta afección; forzoso sería para ello recorrer entero el *Codex.* Por otra parte, los pocos enfermos que hemos podido examinar y someter á la investigación con toda libertad, si bien han sido suficientes para instituir algunas experiencias y observaciones, por lo que toca á la etiología y sintomatología, constituyen, tratándose de terapéutica, un número del todo insignificante. Así pues, nos contentaremos con reasumir en pocas palabras, nuestra embrionaria experiencia en la materia.

El tratamiento que mejor resultado ha dado en nuestras manos ha sido el tónico y reconstituyente; los ferruginosos y la buena alimentación han bastado en un caso para hacer desaparecer los síntomas urinarios al parecer de una manera permanente, toda vez que el enfermo cuenta ya cuatro años de *curado* (?)

Hemos ensayado tambien la hidroterapia; en general, el efecto ha sido bueno; en dos casos desaparecieron los síntomas urinarios á los pocos días de haberse instituido el tratamiento.

Nuestro amigo é ilustrado compañero el Dr. Zayas y Alfonso nos ha recomendado vivamente el ácido benzóico, que en sus manos ha dado resultados en extremo satisfactorios. Del ensayo, hasta ahora incompleto, á que hemos sometido esta medicación no podemos hacer deducción importante alguna, pero nuestras pruebas hasta ahora han sido poco favorables, toda vez que de siete enfermos en quienes probamos el medicamento, sólo en dos se aclararon las orinas; en uno de ellos reapareció la apariencia lechosa al cabo de cuatro días; en el otro la mejoría parece ser permanente, pero en este caso, se emplearon al mismo tiempo, el ácido benzóico, los tónicos y la hidroterapia. Igualmente poco favorable ha sido el resultado con los demás compuestos benzoados, tales como el benzoato de litina, recomendado por Lagrave (55, pág. 1,092) etc. etc.

El empleo de la quinina en los casos de intermitencia periódica ha sido tambien infructuoso en nuestras manos.

El aceite de hígado de bacalao, no ha sido, que nosotros sepamos, ensayado en el tratamiento de esta enfermedad. En el curso de nuestras experiencias hemos presenciado un hecho que creemos digno de mención; con el objeto de cerciorarnos de que la grasa de la orina proviene de los alimentos, administramos á un enfermo cien gramos diarios de aceite de hígado de bacalao de Hogg, materia grasa que escogimos entre otras por ser fácilmente reconocible por sus propiedades físico-químicas. Al día siguiente de sustituido este método, desapareció la hemato-quiluria. No creemos que este hecho tenga importancia suficiente para basar en él deducción alguna, pero creemos que

es lógico ensayar este medicamento en algunos casos más; por nuestra parte, así lo haremos tan pronto como se nos presente la ocasión.

Mucho más tendríamos aún que decir, pero ya hemos abusado bastante de la paciencia de nuestro auditorio; así pues, terminaremos haciendo presente al Congreso nuestra gratitud más viva por la benévola atención que nos ha dispensado.

BIBLIOGRAFÍA.

1 Kletzínsky.—Heller's Archiv, pág. 287........................... 1852
2 Griesinger.—Archiv für Heilkunde.................................. 1856
3 Bilharz.—Wiener Medizinische Wochenschrift................. 1856
4 Vandycke Carter.—Revue des Sciences Médicales............ 1861
5 Bouchardat. — Pymelurie endemique des pays chauds.— Annales de thérapeutique.—París.................................. 1862
6 Waters.—Medico Chirurgical Transactions..................... 1862
7 Smidts Jahrbücher.. 1863
8 Harley. — Endemic hematuria of the cape of God Hope.— Medico Chirurgical Transactions.............................. 1864
9 Wucherer. — Sobre hematuria no Brazil. — Gazeta Medica de Bahía.. 1869
10 Eggel. — Centralblatt für die Medizinische Wissenschaft, pág. 121... 1870
11 Wucherer.—Archivos de medicina naval........................ 1870
12 Cassieu.—De la chylurie.—Thèse de Montpellier............ 1870
13 Lewis. — On a hematozoa inhabiting human blood; its relation to chyluria and other diseases.—Report of the Sanitary comisioner with the governement of India............ 1871
14 Crevaux.—De l'hematurie chyleuse ou graisseuse des pays chauds. — Thèse de París.. 1872
15 Lewis. — The pathological influence of nematode entozoa. —The Lancet.. 1875
16 Sonsino. — La Bilharzia hematobia et son rôle pathogènique en Egypte.—Archives génerales de Médecine......... 1876
17 Lewis.—British Medical Journal.................................. 1876
18 Manson. — Report on hematozoa.—Customs Gazette Medical Report y Dickinson.—Transactions of the pathological Society.. 1876 1877
19 Cobbold.—Discovery of the adult representative of microscopic filaria.—The Lancet.. 1877
20 Manson.—Medical Times and Gazzette......................... 1877
21 Hatch.—Bilharzia hematobia.—British Medical Journal... 1878
22 Cobbold.—Filaria Sanguinis hominis.—The Lancet......... 1878

23 Cobbold and Manson.—Filaria sanguinis hominis; its relation to elephantiasis chyluria and allied diseases.—The Lancet.. 1878
24 Manson.—Medical Times and Gazzette.................. 1878
25 Manson.—Gazeta Médica de Bahía.............................. 1878
26 Bouchut.—Gazette des hopitaux, pág. 874.................... 1879
27 Ralfe.—Transactions of the pathologieal Society.............. 1879
28 Ralfe.—New cases of filarious dis ease.—The Laneet......... 1879
29 Cobbold.—Parasites of the men and adult animals. — London.. 1879
30 Cobbold.—Worms in the heart of dogs.—The Lancet........ 1879
31 Baneroft.—New cases of filarious diseases.—The Lancet.... 1879
32 Ponfick.—Berliner Klinisehe Woehenschrift................... 1880
33 Habershon.—Clinieal Society...................................... 1880
34 Abbe.—On the ehyluria and the filaria sanguinis hominis. —New York Medieal Journal.—February.................. 1880
35 Bigelow.—Filaria sanguinis hominis and filaria disease.—Medieal and Surgical Reporter-Philadelphia................ 1880
36 Manson.—Medieal Times and Gazette........................... 1881
37 Manson.—The Laneet.. 1881
38 Manson.—Lymph scrotum showing filaria *in situ.* — Transactions of the pathological Society.......................... 1881
39 Mackenzie (Stephen). — Transactions of the pathologieal Soeiety 1882
40 A. Ferrand.—De la ehylurie.—Comunieation faite à la Società médicale des hôpitaux. — Unión Médieale. — Octobre 15 1882
41 Finlay. — Consideraciones aeerca de algunos easos de filariosis observados en la Habana. — Anales de la Real Aeademia de Cieneias Médieas Físicas y Naturales de la Habana 1882
42 Roehard. — Papulose filarieuse decrite par M. le Dr. Nielly, (recherehes eomplementaire).—Bulletin de l' Academie de Médecine.. 1882
43 Mackenzie (Stephen). — London Medical Reeorder. — May 15 th.. 1883
44 Comby. — Hemato chylurie des pays chauds et chylurie nostras.—Progrès Médieal.—Julliet 14 1883
45 Havelterg.—Berliner Klinisehe Woehenschrift.—Pag. 150.. 1884
46 Senator.—Berliner Klinisehe Wochensehrift..................... 1884
47 Brisaud.—Les parasites dans l' hemato-ehylurie.—Progrès Medieal 1884
48 Bizozzero et Fireket.—Microscopie Clinique.—Pap. 380...... 1885

49 Gautrelet. — Observation d' un cas de bilharzia hematobia. —Union Medicale.—Octobre 6 1885
50 Nativel.—Thèse de Paris.. 1886
51 Götze (de Jena).—Ucber chylurie.—Fortschritte der Medicin.—Nº 3....... 1886
52 Deniau.—Union Medieale.—Nov. 25................................ 1886
53 Carré.—Maladies des pays chauds.—Paris.—Pag. 488........ 1887
54 Roux.—Maladies des pays chauds.—Paris........................ 1888
55 Labadie Lagrave.—Maladies des reins.—Paris 1888
56 Goetze.—Schmidt's Jahrbüeher,—Band 217.—Nº 3.......... 1888
57 Wilkens.—Hygeia.—Vol. 50.—Nº 7................................ 1888
58 Gros.—Medical News.—Junio 16.................................... 1888
59 Sehreube.—Sehmidt's Jahrbüeher.—Mayo 5...................... 1888
60 Boyd.—Australian Medieal Journal.—April 5 1888
61 Grimm.—Virchow's Archiv. — Febrero 2........................ 1888
62 Murata.—Centralblatt für klinische medicin.—Mayo 28..... 1888
63 Yamane.—Centralblatt für klinisehe medieiu.................. 1888
64 Tyson and Smith. — Capítulo «Urinalisis» en el Annual of Universal Medical Seience. — Tomo IV.—Pag. L. 36 por E. Sajous.—London and New-York........................... 1889
65 Héctor.—Hemato-quiluria de los países eálidos. — Revista de Ciencias Médicas.—Febrero 5 1889
66 Diago.—Contribución al estudio de las orinas grasas.—Crónica Médico-Quirúrgica de la Habana.—Marzo............. 1889

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Finlay.

El Dr. Finlay: Insiste en sus anteriores consideraeiones y afirma que, descartando las hemato-quilurias del embarazo ú otros estados en que suele presentarse, las primitivas dan un 80 por 100 de filariosis.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Delfin.

El Dr. Delfin: Dijo que no se esplicaba como en la orina quilosa estuviese la grasa saponificada y emulsionada al mismo tiempo, siendo así que esta última era recogida por el éter.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Semprun.

El Dr. Semprun: Se extraña de que el Dr. Diago no haya heeho meneión del alcoholismo. Recuerda el caso que deseribió en la anterior discusión, en el eual existía una eirrosis que euró, haciendo la hemato-quiluria el papel de fenómeno crítieo.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Casuso.

El Dr. Casuso: cree que la influencia que puedan tener las infecciones externas sobre la génesis de la hemato quiluria, sería insignifieante. En su práctiea de especialista, sólo ha observado dos easos auténticos y estima que la compresión que se señala durante el perío-

do de gestación, está lejos de explicar su orígen. La atribuye más bien á las modificaciones generales que imprime el embarazo sobre todo el organismo.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Diago para replicar.

El Dr. Diago: contesta al Dr. Finlay que no es posible hacer estadísticas con casos escogidos. A los Dres. Semprun y Casuso, que no ha podido hacer un estudio de todos los puntos etiológicos, porque entonces sería interminable su trabajo; y al Dr. Delfin, que hay orinas que ofrecen la grasa bajo esos dos aspectos y otras nó: que el éter recoge la grasa de la manera que se halla, dejando libre el álcali.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. García Rijo para leer su trabajo:

Apuntes clínicos sobre el envenenamiento por la leche en los niños recien-nacidos y fiebres de la primera infancia.

Por el Dr. Rudesindo García Rijo (de Sancti-Spiritu).

Desde hace próximamente 7 años, mi atención se ha fijado en algunos accidentes que suele acarrear en los niños recién-nacidos el uso de la leche de vaca. Várias veces he hablado sobre el particular con algunos de mis compañeros, tanto aquí como en la Habana, y, quizás no me ocuparía hoy del asunto á no ser la frecuencia con que viene ocupándose la prensa habanera de las intoxicaciones por la leche. Por otra parte, al apreciar dichos fenómenos de intoxicación, veo que la atención se fija casi exclusivamente en dos factores y omite un tercero. Búscase generalmente la causa, sea en las adulteraciones fraudulentas del líquido ingerido, sea en la falta de limpieza de las vasijas en que se deposita, sea en otras alteraciones ó fermentaciones accidentales de la leche empleada; pero no veo que se hable de un tercer factor que, á mi juicio, es, por lo ménos, en algunos casos, un factor esencialísimo: me refiero á la idiosincrásia del sujeto mis mo que ha ingurgitado el líquido. En efecto, de la leche puede decirse lo que de cualquier otro alimento, á saber: que hay estómagos que la soportan y digieren mejor que otros; si hay dispépsias que se curan con leche, en cambio, hay estómagos é intestinos que, estando buenos, se enferman con el uso de la leche y que, estando enfermos, toleran mejor y sanan más fácilmente con el uso de otro alimento, hasta sólido á veces, con tal que no sea la leche. Adviértase que soy gran partidario, hasta fanático, si cabe semejante expresión en asunto de esta índole, que soy, repito, gran partidario del uso terapéutico de la leche; y digo que soy partidario fanático, porque, en los casos en

que la considero indicada, me valgo de todos los medios posibles para hacerla aceptar, sea por el estómago, sea por el paladar del enfermo, habiendo podido observar que indivíduos hay, que la soportan mejor cruda que cocida, fresca que caliente, sola que adicionada con otras sustancias y vice-versa. Y, sin embargo, con algunos enfermos he tropezado, relativamente raros en verdad, en los que, tras múltiples esfuerzos por hacerles tolerar la leche, he tenido al fin que renunciar al régimen que creía indispensable.

Viene á mi memoria en estos momentos el caso de un disentérico crónico, al que tuve que permitir el uso de féculas y de carne de ave, con cuyo régimen alimenticio sanó al fin tan definitivamente, que no ha tenido más novedad desde hace unos 4 á 5 años.

Otra advertencia debo hacer. Bajo el punto de vista del aprovisionamiento de leche, estamos aquí en condiciones diametralmente opuestas á la Habana; allá es artículo caro y que tiene gran demanda; aquí, por el contrario, es artículo barato y cuya producción supera con excesiva demasía al consumo; allá se hace difícil conseguir leche pura, aún pagándola á alto precio; aquí el que no la consigue excelente es porque no quiere. Por lo tanto, tan natural es que allá se haga difícil el ponerse á cubierto de las sofisticaciones, como fácil es acá el precaverse contra las adulteraciones.

Observación I.—La primera enfermita, que me hizo pensar sobre el tema de que me estoy ocupando, fué una niña de pocas semanas de nacida, Zoila C., cuya madre contrajo el sarampión, motivo por el cual se hizo necesario aislar la niña y quitarle el pecho de la madre. Acudióse á la leche de vaca: intolerancia; á la leche de yegua, á la de chiva etc., sin resultado, hasta que se le puso una criandera. Además de los fenómenos dispépticos, se presentó un estado febril, que recordaba el cuadro de una fiebre infecciosa.

Cerca de dos años más tarde, en Mayo de 1884, pude observar con más detención otro caso que puede citarse como tipo.

Observación II.—Mario C. M., nació el 21 de Marzo de 1884. Se conservó sano hasta el 9 de Mayo de 1884, en cuya fecha lo vacuné con vírus tomado del brazo de su hermana Angelina. En cada pierna le hice dos inoculaciones.

El niño venía alimentándose con el pecho de la madre y con leche de vaca. La hermanita, de la que se tomó el vírus, estaba en perfecto estado de salud.

A los dos días de vacunado principiaron á presentársele vómitos y diarreas, habiendo notado la madre ó creído notar á veces, algún calorcito febril. El 14 de Mayo me llamó la familia; el niño estaba apirético en el momento en que le ví; vientre meteorizado, vomitaba cuanto tomaba, especialmente la leche de vaca, la que ántes de la en-

fermedad era bien soportada. Las vacunas estaban logradas todas cuatro; pero las vesículas aún pequeñas, con trazas de inflamación. Suprimí la leche de vaca; leche de pecho esclusivamente, agua de arroz, agua de cal y canela, enemas de agua de almidón primero y laudanizados después. El niño mejoró con el régimen que precede. Las vacunas siguieron desarrollándose sin gran entorpecimiento. La inflamación y la fiebre fueron muy moderadas.

En la mañana del 24 de Mayo vuelvo á verlo por haber estado mal el niño la víspera. Recomendé el mismo tratamiento y por la noche, al pasar, me informé que el niño seguía mejor y que no se le había notado movimiento febril.

El 26 de Mayo le volví á ver. Confiada la madre en la mejoría del niño, había vuelto á darle leche de vaca. Reaparición de la diarrea y los vómitos. En el medio día se amodorró y la familia alarmada se decidió á bautizarlo precipitadamente. Vomita cada vez que se le hace tomar algo; diarreas sumamente líquidas. Orines disminuidos. No hay convulsiones. Tendencia comatosa. Pulso frecuente. Temperatura rectal 38° 6. Ni gritos, ni agitación, ni tensión exagerada de las fontanelas, ni parálisis de los miembros.

Quinina *intus et extra*. Suprímese la leche de vaca. Leche de pecho.........etc.

—27 de Mayo. Temp. matinal 38° 3. En la noche idem.

El niño parece estar algo despejado. La diarrea ha sido mejor. Ha tolerado la quinina: 0, 30 centígrs. en 24 horas.

—28 Mayo. Temp. M. 38° 5. N. 38° 7. En la noche de hoy lo encuentro algo inquieto. Orines algo escasos. En la tarde, según me refieren, ha estado muy amodorrado. Teniendo que salir al campo dejo recomendado al Dr. Mencía que me vigile al enfermito durante mi corta ausencia.

—30 Mayo. Durante mi ausencia el niño volvió á amodorrarse y caer en el mismo estado que el 28. La familia alarmada llamó al Dr. Mencía, el que le encontró la piel fría y le aplicó una inyección hipodérmica de quinina, la que le hizo gritar mucho.

La temperatura ayer de mañana era 38° 7, ayer noche 38° 5; hoy á las 5 h. de la tarde, cuando le vió Mencía, la temperatura era de 37° 6. Hoy á las 8 h. de la mañana le ví, mi termómetro marcaba 38° 5.

Continuar con la quinina al interior y al exterior.

—El 31 de Mayo lo ha pasado bien. La orina aún escasa.

—El 1º de Junio á las 4 h. de la tarde le acomete de nuevo la crísis de sopor.........etc.; pero le principia más tarde y le dura ménos.

—El 3 de Junio, más atenuada aún la crísis, dura ménos tiempo y le principia á las 4 h. de la tarde, acompañándose de frialdad y de sudores.

—El 4 de Junio no tuvo novedad. El niño sigue sometido á la quinina: 0, 40 centígrs., repartidos en las 24 horas (por la boca) y 0, 15 centígrs., en lavativas.

El niño sigue á pecho.

La poca estabilidad de las nodrizas hace que la familia, viendo el niño bien, pruebe, en distintas ocasiones, volver al uso de la leche de vaca, á largos intérvalos y á pequeñísimas dósis. Cada ensayo es seguido de análogos accidentes. Acudióse á la leche condensada, á la leche de yegua vanamente. El niño se crió con revalenta primero y despues con maizena.

Debo advertir que se probó primero acudir á la leche de una misma vaca, escogida; que se acudió después á otra vaca y después á otra de ménos y de más tiempo de parida, que la hermanita y la familia toda tomaron, sin novedad, de la misma leche que hacía daño al enfermito; y por último, que de los 5 ensayos que se hicieron cuando el niño se restableció, tres fueron hechos en la población y dos en el campo, á dónde la familia había trasladado su residencia después de restablecido el niño.

Este niño, que cuenta hoy 5 años de edad, conserva aversión á la leche; pero no le ocasiona ya hoy los accidentes que anteriormente le producía. Por dos veces, una de ellas el año antepasado y la otra en Julio del año pasado, durante la epidemia de fiebre amarilla, que reinó aquí, tuve que asistirlo con motivo de una fiebrecita remitente acompañada de epístaxis, de náuseas y de vómitos y diarreas sanguinolentas, de la que sanó.

De un trabajo que publiqué sobre el uso de la antifebrina en la *Crónica Médico-Quirúrgica*, año 1887 y página 708, entresaco la siguiente nota clínica.

Observación III.—«Caso sumamente curioso. Niño de unos 6 meses. Diarrea crónica y muguet, debidos, al parecer, al uso precóz de la leche de vaca. Aparición brusca de un estado que no presencié por encontrarme en el campo. Por la relación que me hizo el Dr. Calzada y por lo que presencié á los tres días de enfermedad, juzgo que se trató de una congestión pulmonar, ligada á un estado febril. Cuando le ví, existía un estado cerebral de depresión, bronquitis, fiebre muy moderada é intermitencia en dichas manifestaciones cerebrales. Mucha diarrea. Aconsejé la quinina, tintura de iodo sobre el cuero cabelludo, supresión de la leche de vaca, nodriza. Dichas indicaciones no pudieron llenarse sino en parte. No se encontró nodriza, la quinina no se pudo emplear sino en fricciones. El niño mejoró, sin embargo, salvo la diarrea, que persistió más abundante unos días que otros. Después de unos 12 ó 15 días de mejoría, fiebre más franca que anteriormente, con intermitencias y fenómenos cerebrales de agitación y

depresión. Insisto en la medicación anterior, agrego el bismuto, vejigatorios, etc. La mejoría fué más lenta, pero se consiguió al fin que volviera el niño á su estado anterior: diarrea moderada, estado general satisfactorio. Debo agregar que en ese segundo período de la enfermedad conseguí al fin nodriza. Al cabo de unos 12 días, estando yo en la Habana, volvió el niño á recaer en el mismo estado que anteriormente, aumentando la diarrea, acentuándose la depresión y la demacración, negándose á tomar el pecho. Cuando le ví á mi regreso, me asocié al Dr. Calzada, que me suplió durante mi ausencia. La fiebre más acentuada que nunca; intermitencias muy marcadas. Diarreas abundantísimas y sumamente fétidas, rebeldes á todo tratamiento; la fiebre, rebelde tambien á la quinina. Hice encargar á la Habana la cotoina; la que nunca llegó á emplearse porque principié por lo que tenía en ese momento á mi alcance: principié por la *antifebrina en papelillos de* 0, 04 *centígramos, ocho papelillos en las* 24 *horas;* conseguí que sudara; la orina, que estaba ligeramente escasa, aumentó; la fiebre disminuyó y los accesos se retrasaban; pero la diarrea persistía abundante y fétida. Demacración considerable. Pensando en la auto-infección de las diarreas fétidas, ensayé el tratamiento de Dujardin Beaumetz, esto es, el sulfuro de carbono; la fetidez de la diarrea fué disminuyendo lentamente, se suprimió el sulfuro de carbono; pero la *antifebrina, que no se había suspendido, se continuó por espacio de unos* 15 *días*, disminuyendo la dósis. La mejoría se fué acentuando gradualmente. Hace unas dos semanas que está dado de alta.»

A lo dicho en la nota que antecede, puedo agregar hoy, que este enfermito se ha restablecido al fin, despues de una larga convalecencia y se encuentra hoy en perfecto estado de salud, habiendo conservado, como consecuencia probable de su enfermedad, un color fuertemente pigmentado de la piel, que resalta de un modo muy notable en presencia de sus cinco hermanos.

Citaremos otro caso más, que redactamos con los apuntes que me han sido facilitados por mi amigo y compañero el Ldo. Salas.

Observación IV.—El 8 de Enero de 1888 fué llamado D. Indalecio Salas para asistir una niña como de cuatro meses de edad, (la hija de D. Genaro M.), que, procedente del Ingenio San José, había sido trasladada á esta ciudad y llevaba cuatro días de fiebre; encontró que la paciente, de temperamento linfático, presentaba una organización empobrecida, dependiente, además de su dolencia de actualidad, de haber carecido desde su nacimiento de la lactancia materna, así como de una apropiada nodriza.

Fiebre alta, timpanitis; ha tenido vómitos en días anteriores, gritos agudos en ciertas horas, pero sin periodicidad marcada: dispusimos fricciones con una disolución de quinina en alcohol, vomitivo de ipe-

cacuana, purgantes oleósos, linimento de trementina laudanizado al vientre; cocimiento blanco con láudano y tintura de quina por cucharaditas. En alternativas de avance y retroceso, siguió la enfermedad durante 5 ó 6 días, desarrollándose tal gravedad el 14, que pedí una consulta con otros compañeros, concurriendo á ella los Doctores Cuervo Serrano, García Rijo y Calzada en la noche de ese día 14, en cuya consulta y, prescindiendo de algunas pequeñas divergencias relativas al diagnóstico, *manifestó García Rijo que llamaba la atención de sus compañeros sobre ciertos casos muy parecidos al de la enfermita que veíamos en aquel momento y en cuya patogenia había tenido ocasión de observar que la leche de vaca solía ser un factor importantísimo, recomendando al médico de cabecera no echase en olvido, si la niña sobrevivía, la siguiente recomendación, en la que debía, á su juicio, hacer fuerte hincapié con la familia, á saber: que aún cuando la niña llegase á encontrarse del todo repuesta, no se acordasen de darle leche de vaca en mucho tiempo, muchos meses, ni siquiera en mínima cantidad, pues el más leve ensayo la expondría á la reaparición de los mismos accidentes.*

El estado que presentaba la niña, en cuanto á su aspecto general, era el de una meningitis: párpados ligeramente entreabiertos y dejando ver las escleróticas, estrabismos etc. Quinina, calomelano, vejigatorios á las piernas, tintura de yodo á la cabeza.

Un mes entero se pasó entre la vida y la muerte; diferentes nodrizas concurrieron á sostener aquel endeble organismo, que parecía no poder admitir, como elemento para su sostenimiento, la leche de vaca, ni la de cabra. Por tres veces se probó con dicho alimento y cada ensayo fué seguido de fenómenos gástricos perniciosos. Se echó mano de la leche de yegua, con cuyo uso la enfermedad fué cediendo, la convalecencia, afirmándose, y la niña, restableciéndose sin los accidentes arriba descritos.

Restablecida ya de un todo la niña, trasladóse la familia á su residencia habitual en el puerto de Túnas. Un día del mes de Mayo, no encontrándose de momento leche de yegua y cansada ya la niña de los caldos y otros alimentos prescritos, probó nuevamente la madre el dar á su hija una corta porción de leche de vaca, reapareciendo con tal motivo los vómitos, fiebre bastante alta con inquietud. Llamado precipitadamente por la familia, hice evacuar el tubo digestivo, primero con un vomitivo y despues con un purgante. Poción de quinina con tintura de quina y reiteré el consejo de no volver á usar la leche de vaca, empleándose, á falta de leche de yegua, la leche condensada.

La niña se restableció y no ha vuelto á tener más novedad.

Las relaciones clínicas que anteceden, á las que podríamos agregar una larga lista de casos análogos, me han hecho adquirir la convicción de que la ingestión de la leche de vaca suele ocasionar

en los niños reciennacidos accidentes tóxicos, comparables en sus manifestaciones á los de diversas fiebres infecciosas, fiebres frecuentes en los niños, tan frecuentes como mal interpretadas, puesto que la mayor parte de los médicos desconocen dicha etiología, la que por otra parte tampoco he visto señalada en los pocos autores que he podido consultar sobre enfermedades de la primera infancia.

Dado el brevísimo tiempo que las circunstancias me imponen para redactar estos someros apuntes, no me es posible entrar en muchos detalles, debiendo, por lo tanto, limitarme á consignar á vuela pluma algunas deducciones que he podido sacar.

1ª Hay niños reciennacidos que no pueden soportar la leche de vaca por más esfuerzos que se hagan y por muy buena que sea la calidad.

2ª Hay niños que la soportan, al parecer, bien por espacio de más ó menos tiempo, 2, 3 y 4 meses, al cabo de los cuales el estómago suele resistirse y aparece la dispépsia gastro-intestinal.

3ª A veces la enfermedad se limita á los síntomas habituales y que todos conocen de la dispépsia gastro-intestinal, á saber: vómitos, diarreas verdes, diarreas mucosas, serosas, sanguinolentas, lientéricas, etc., con todas las conveniencias propias, ora de la enteritis aguda (cólera infantil), ora de la enteritis crónica (caquéxia, atrépsia).

4ª Pero, á veces tambien, las fermentaciones, ligadas á ese estado dispéptico, provocan por el mecanismo de la auto-infección, complicaciones de otro órden, como las que se han presentado en los casos que llevo referidos y cuya sintomatología concuerda con las descripciones y experimentaciones del Profesor Bouchard en su obra «*Lecciones sobre las auto-intoxicaciones.*»

5ª Dichas complicaciones tóxicas se observan más amenudo cuando la leche empleada es la leche de vaca, que cuando se trata de otras leches (leche de pecho, leche de burra, leche de yegua, leche de chiva). La misma leche de vaca, despues de tratada por los medios empleados para obtener el producto industrial, conocido con el nombre de *leche condensada*, es ménos ocasionada á producir los accidentes tóxicos de que nos hemos ocupado. Así mismo, ciertas féculas (sagú, maizena, revalenta, etc.), suelen en esos casos ser mejor toleradas y ménos nocivas que la leche de vaca.

6ª Cuando estallan los fenómenos de que nos ocupamos, se impone generalmente la necesidad de renunciar, por un tiempo generalmente largo, al uso de la leche de vaca.

7ª Una vez disipados los accidentes tóxicos que señalamos, y recobrada la salud del enfermo, la administracion de la leche de vaca, aún en cantidad relativamente mínima, dá lugar á la reproduccion de los mismos accidentes.

8ª En el cuadro de las fiebres de la primera infancia, podría dársele cabida á una de las formas que suelen revestir dichos fenómenos de auto-intoxicación.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Montalvo.

Dr. Montalvo: No cree que se trate de accidentes por auto-intoxicación. Los casos referidos por el Dr. García Rijo son muy comunes durante la primera infancia y se deben sobre todo al empleo de la lactancia artificial. Esta produce la dispépsia gástrica y consecutivamente la dispépsia intestinal: después aparece la pséudo-meningitis por inanicion. El tratamiento de estos estados no debe ser espoliativo, sino tónico; se hará lo posible para congestionar el cerebro por medio del ópio, y se vigilará con sumo cuidado la alimentación.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Delfin.

Dr. Delfin: Manifiesta que el Dr. García Rijo confirma con los hechos referidos los resultados que él ha obtenido comprobando la presencia de ptomainas tóxicas en la leche; éstas se desarrollan en el intestino, verdadero medio de cultivo para los micro-organismos que se encuentran en la leche y que el exámen de los escrementos revela. La acción patógena de las leches ácidas está completamente demostrada y le sirve de apoyo una estadística de Virchow, que ha señalado en 18,000 niños fallecidos, el 40 por 100, correspondiendo á la lactancia artificial.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Reyes.

Dr. Reyes (de Sagua): Señala, entre otras causas de enteritis, la diversidad de leches, que se emplean para alimentar un mismo niño y la escesiva pureza de ella, que dificulta su digestibilidad. Encuentra demasiado activo el tratamiento propuesto por el Dr. García Rijo, y apoya las ideas del Dr. Montalvo sobre la frecuencia de la pséudo-meningitis. Ha logrado buenos resultados en algunos casos con el uso del agua de Vichy, y sobre todo, vigilando mucho el régimen alimenticio de los niños.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Moreno de la Torre.

Dr. Moreno de la Torre: Opina que frecuentemente la diarrea verde de los niños es producida por la presencia de micro-organismos desarrollados en el intestino. El ácido láctico en solución al 2 por 100, hace mejorar rápidamente á los enfermitos y, por el contrario, las sustancias alcalinas, favorecen la pululación de los micróbios.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Plá.

Dr. Plá: Llama la atención sobre esas fiebres prolongadas de la infancia, que aparecen durante el período de la dentición y que unos atribuyen al crecimiento del niño y otros al de la cabeza. La naturaleza de dicha fiebre no es conocida y debe figurar, por lo tanto, en el programa de los temas para el próximo Congreso. En cuanto al trata-

miento, la quinina dá fatales resultados: en un caso que observó, cuya duración fué de cuatro meses, usó con éxito los baños y las preparaciones bromuradas.

El Sr. Presidente: No está conforme con el título del trabajo, pues la leche no es una sustancia tóxica, sino cuando se altera. Todos los indivíduos deben tolerar bien la leche por naturaleza, cuando es buena; el que no la tolera, es porque está enfermo. Por otra parte, la leche, sin intoxicar, produce diarreas catarrales, agudas ó crónicas, pero que no deben confundirse con el cólera infantil, que parece realmente infeccioso.

Tiene la palabra el Dr. García Rijo para replicar.

Dr. García Rijo: Manifiesta que no ha pretendido hacer un trabajo original; justificándose de este modo, al esplorar los antecedentes de todo lo que aquí se diga, la verdad de aquel principio, *nihil novus sub solem.* Solo se ha limitado á referir hechos tomados de su clínica, que ofrecen algún interés, para tratar de esplicarlos á la luz de las nuevas doctrinas. El tratamiento que ha indicado no debe tomarse como base para juzgar su criterio médico en los casos relatados. En cuanto á la pséudo-meningitis, crée que miéntras no se conozca su etiología, su localización exacta, será un problema clínico á la órden del día. Así como en la fiebre tifoidea pueden sobrevenir tan graves trastornos, como son las hemorragias, etc., del mismo modo, pueden presentarse en la diarrea fétida las manifestaciones que simulan la pséudo-meningitis.

Ocupa la Presidencia el Dr. Montané y concede el uso de la palabra al Dr. Santos Fernández para leer su trabajo.

Estudio sobre la catarata.

(1ª parte.—Diagnóstico.)

Por el Dr. Juan Santos Fernández.

Encargados de desenvolver el tema 22 del programa para el primer Congreso Médico de la Isla de Cuba, venimos á cumplir nuestro cometido, si bien, no con la latitud, poco ménos que incomensurable, que abraza el enunciado del tema, sino limitando el *«estudio sobre la catarata»* á los hechos observados por nosotros en la ya larga práctica profesional que hemos alcanzado; circunscribiéndonos, por esta vez, al *diagnóstico* y *pronóstico* de la enfermedad.

Aún limitando este trabajo á los elementos suministrados por nuestra exclusiva observación, tenemos que imponernos restricciones en concordancia con el artículo 13 del Reglamento, y, en tal concepto,

sólo nos permitiremos señalar muy someramente aquellos puntos que se refieran al *estudio sobre la catarata*, los cuales han motivado trabajos leídos en las academias ó publicados en la prensa profesional por nuestra parte.

El diagnóstico de la catarata nos ha merecido siempre preferente atención, y aunque parece que después del portentoso descubrimiento de Helmonthz no era posible un error de diagnóstico respecto á una opacidad del cristalino, nada es ménos cierto que esta presunción.

La catarata, que puede diagnosticarse á la simple inspección en muchos casos y aún á vários métros de distancia, con probabilidades de acertar si se vé marchar al enfermo, puede ofrecer sérias dificultades en determinadas circunstancias.

Uno de nuestros maestros se complacía en distinguir desde léjos el enfermo afectado de opacidad del cristalino del que no lo estaba. Fundábase en que los que tienen cataratas caminan con temor de tropezar y bajan la cabeza porque la luz les ofende por la difracción que experimenta aquella al pasar, siquiera sea confusamente, al fondo del ojo, por la periferia del cristalino ó, quizás, al través de su sustancia opaca ó de las membranas que sirven de cubierta al ojo.

El diagnóstico de la catarata, por extraño que parezca, ofrece dificultades mayores, en determinados casos, de las que á primera vista pudiera pensarse: para confirmar nuestro aserto citaremos dos hechos solamente.

Tratábase de operar á vários indivíduos afectados de catarata, que habían sido diagnosticados el día ántes y acordada la operación. Por su turno fueron operados los primeros y al llegar al cuarto ó quinto desconocimos al indivíduo y, por más que á la simple inspección parecía que estaba afectado de catarata, no quisimos operar sin someterle ántes á un nuevo exámen con el oftalmoscópio, el que desde luego nos puso de manifiesto la ausencia de catarata y la existencia de un desprendimiento casi total de la retina.

El otro caso se refiere á un señor de alta categoría bancaria. Fuera de la Isla le habían diagnosticado una catarata del ojo derecho y dispuesto á operarse, no lo efectuó porque sus negocios le obligaban á residir en esta ciudad, y, cuando se estableció, reclamó nuestra opinión, que no le dimos sin examinarle, pero que *in pectore* fué desde luego idéntica á la que le habían dado; tal era el aspecto que presentaba el ojo derecho á la simple inspección.

La convicción que siempre hemos tenido de un posible error de diagnóstico nos llevó, más que otra cosa, tal vez, á examinarle con el oftalmoscópio y, ántes de formular nuestro diagnóstico definitivamente, dilatamos la pupila, descubriendo con verdadera sorpresa nuestra y del enfermo, que no existía otra cosa que un desprendimiento de la

mayor parte de la retina, comprobando tan perfectamente una opacidad total del cristalino, que, sólo después de muchos tanteos, pudimos precisar, descubriendo una zona roja del fondo del ojo, que aparecía y desaparecía según los movimientos: en este caso, como se vé, no se ha cometido el error por atenerse á la simple inspección del ojo, sino á pesar del exámen oftalmoscópico.

Los errores en el diagnóstico de la catarata, tratándose de personas de avanzada edad, son tan frecuentes, si nó se recurre al oftalmoscópio, que no cansaré la atención del auditorio en enumerarlos; los indico solo para aseverar, una vez más, la necesidad del empleo de este instrumento y, no pocas veces, la necesidad de un midriásico, sin olvidar los peligros que encierra su empleo, tratándose de personas cuya edad es la más abonada para el desarrollo exagerado de la presión intraocular.

Puede caber otro error de diagnóstico respecto á la catarata; no lo hemos cometido más que una vez, pero es posible incurrir en él si no se guardan las reservas á que nos ha obligado este primer caso.

Nos consultó una señora de más de cincuenta años, que traía la pupila de un ojo bajo la acción de un midriásico, que ella se había instilado. Examinada con el oftalmoscópio, descubrimos en toda la periferia del cristalino unas opacidades oscuras, de uno ó dos milímetros de extensión, que, dada la edad de la señora, no dudamos en calificar de cataratas incipientes, manifestándole que la falta de vista era debida á la dilatación de la pupila. Seis años después la examinamos nuevamente y el cristalino presentaba el mismo aspecto; en la actualidad la señora tiene la vista que corresponde á sus años. Las opacidades que calificamos de cataratas incipientes, no eran tales; ó se trataba de un estado fisiológico del cristalino ó las opacidades dependían de impresiones dejadas por el pigmentun del iris, desde la vida intrauterina ó en cualquier período de su existencia.

Las opacidades del cuerpo vítreo, situadas inmediatamente detrás del polo posterior del cristalino, pueden confundirse con una catarata lenticular incipiente del polo posterior, sin que se pueda salvar el error hasta que el tiempo transcurrido permita la absorción de la opacidad del cuerpo vítreo y devuelva la transparencia completa de los medios.

En lo que se refiere á error en el diagnóstico de la catarata, tócanos citar el primero que cometimos y que, sólo después de algunos años, lo vimos señalado por uno de nuestros maestros en un enfermo que recorrió diversos clínicos de París, calificado de sifilítico y diagnosticado al final de cataratas y más tarde operado.

Por raro que parezca, un ojo afectado de catarata (en los primeros días de la enfermedad, por lo ménos) presenta la opacidad caracterís-

tica á través de la cual se descubre el fondo del ojo en los enfermos atacados de retino-coroiditis específica.

Creemos que este fenómeno se presenta cuando la opacidad del cristalino empieza en toda la sustancia de la lente á un mismo tiempo, y con tal tenuidad, que sólo se advierte por la nebulosidad á través de la cual se descubre la papila del nervio óptico y demás partes del fondo del ojo, nebulosidad que hasta aquí los autores la hacen radicar en el cuerpo vítreo, tratándose de afecciones específicas del fondo del ojo.

Cabe todavía en la esfera del diagnóstico el hecho de declarar una catarata en disposición de ser sometida á la operación, por haber llegado la opacidad de la lente á su máximun de desenvolvimiento. Antes del uso del oftalmoscópio era imprescindible aguardar á que la vista se extinguiese para adquirir la certidumbre de haber llegado á la época de la intervención quirúrgica; de aquí la confusión de la catarata con ciertas enfermedades que terminan por la amaurósis, como el glaucoma, y que hoy tienen su tratamiento operatorio: en tiempos pasados, el aguardar á la extinción de la vista en una catarata que resultaba un glaucoma simple, vg. no determinaba perjuicio notable para el paciente, en tanto que en los actuales tiempos es una falta de trascendencia, porque se priva al enfermo de una intervención quirúrgica, la mayoría de las veces en extremo beneficiosa.

Nadie duda que el oftalmoscópio es suficiente (con muy raras escepciones) para decidir el momento en que puede procederse á la operación; pero también es cierto que en número muy limitado de casos, aquel revela una opacidad total de la lente, no seguida de ausencia de la visión; al punto de no contar, ni poder marchar el paciente, como es de rigor que suceda, sino permitiendo al enfermo ir de un lado á otro durante largo tiempo, sin más contrariedad que la privación de la escritura y lectura y el deslumbramiento consiguiente en frente del sol ó de un foco abundante de luz artificial.

Estos enfermos, no obstante, los hemos operado extrayéndoles un cristalino opaco, duro y sin ofrecer nada que le diferenciase de otros cristalinos opacos. ¿Cómo se explica la visión más ó ménos imperfecta de que disfrutaban estos enfermos?

Préstase igualmente á error de diagnóstico un hecho que merece consignarse, pues, si para muchos es conocido, no carece de interés por su poca frecuencia. Nos referimos á la desaparición de una catarata lenticular dura, de la región que debe ocupar, sin que haya precedido ninguna operación y debido, al parecer, según se dedujo del interrogatorio hecho, á una conmoción de la cabeza y por consiguiente del ojo, á consecuencia de una falsa pisada.

Tenemos noticias de que un fraile ciego por cataratas, hubo de

rodar un día las escaleras y al incorporarse, después de pasar el último escalón, con sorpresa de todos y asombro de su parte, salió andando porque la catarata de un ojo se había luxado y veía de él.

Nosotros hemos publicado la observación de un indivíduo, que, temeroso de operarse las cataratas, permaneció ciego hasta el día que impensadamente recibió tan fuerte golpe en la cabeza con la esquina de una mesa, que la catarata de un ojo rompió sus ataduras periféricas y, quedando libres los medios que restaban transparentes, el enfermo se encontró de súbito con vista, después de un lance en que temió haberse desbaratado la cabeza; así permaneció unos días, y, á consecuencia de haber inclinado ésta para recoger algo del suelo, volvió de nuevo á colocarse la catarata delante de la pupila, exigiendo la depresión operatoria con los cuidados consecutivos requeridos.

Las dudas para el médico que reconoce la afakia de un ojo y el paciente asegura que nadie le ha operado, ni ha sufrido contusión alguna, puede compararse á la del mismo enfermo á quien el profesor le asegure y le demuestre, haciéndole leer con cristales apropiados, que no tiene ya la catarata.

Cuando esta depresión accidental de la catarata es reciente, puede descubrirse la lente en el fondo del ojo, como hemos tenido ocasión de observarlo; pero si ha transcurrido ya cierto tiempo y la catarata ha sido disuelta en el cuerpo vítreo, falta este elemento de diagnóstico y sólo queda la afakia y su corrección por los cristales correspondientes.

Y ya que tratamos de la desaparición del cristalino de un modo tan extraño, se nos ocurre dar cuenta de una catarata traumática en un ojo que recibió un tiro de municiones. Era de suponerse que una de éstas hubiese traspasado la córnea y desgarrado la cápsula, pues el cristalino, opaco, estaba hinchado en señal de haber sido invadido por el humor acuoso. La desaparición expontánea de la catarata por absorción, dejaba ver una brida fibrilar que partía del borde de la pupila y terminaba en un punto de la cara posterior de la córnea, el cual correspondía á la cara interna de un leucoma circunscrito á dos líneas de diámetro y resultado innegable de la perforación de la córnea por un proyectíl; y si éste penetró en el interior del ojo, ¿cómo no se ha encontrado rastro de él cuando, curado el enfermo, se ha podido examinar el fondo del ojo con el oftalmoscópio?

El color de la catarata suele dar lugar á dudas respecto á la determinación de la época de la operación: en efecto, cuando ofrece á la simple inspección un color oscuro de ébano, es ineficáz la aplicación del reflector del oftalmoscópio, pués, confundiéndose la catarata con el íris, por el color oscuro de éste, resulta una perfecta oscuridad en la pupila, semejante á la que se percibe en una hemorragia total del cuerpo vítreo. Recordamos un caso en que, á no ser por la opacidad

incipiente del cristalino del lado opuesto y los síntomas subgetivos, no nos hubiéramos decidido á la operación y, comenzada ésta, no adquirimos el convencimiento de la existencia de la catarata hasta que, provocada su salida después de la queratotomía é iridectomía, asomó por los labios de la herida, variando su color oscuro por el de la cola solidificada, desde el momento que se puso en contacto con la luz del día por toda su superficie.

Esta clase de cataratas negras no ofrece otra cosa de notable que la dificultad de diagnóstico; por lo demás, se conduce del mismo modo que las opacidades del cristalino, en general, cuando han llegado á su término.

Las cataratas lenticulares, cuando pasa mucho tiempo sin ser extraidas, se afectan de alteraciones degenerativas y se observan en ellas gránulos grasientos ó calcáreos. Otras veces se hacen más pequeñas y duras ó se liquida su corteza, miéntras que el núcleo permanece consistente: esto lo indican los autores (Neffleship) y es corriente observarlo; pero la presencia del glaucoma en una catarata antígua, que no ha sido operada, es un punto que no ha sido ventilado y estamos llamados á discurrir acerca de su posibilidad, cuando en la práctica médica se nos presenta un día y otro la cuestión de si hay algún peligro en dejar sin operar indefinidamente una catarata, máxime si la de uno de los ojos ha sido operada con resultado felíz. ¿Qué responder? Negativamente es aventurado; ya una vez estuvimos á punto de dar esta contestación y seis meses después se nos presentó el paciente con un ataque de glaucoma bien caracterizado, que exigió la intervención quirúrgica.

¿Cuál es, pues, la conducta que debemos adoptar? Este es uno de tantos problemas de la medicina, que entran de lleno en la deontología después que aquella los plantea; en efecto, un ojo no operado, que oculta un cristalino endurecido y que, aún cuando haya disminuido de volúmen, ha perdido parte de sus condiciones fisiológicas, puede constituirse hasta cierto punto en algo parecido á un cuerpo extraño y favorecer las condiciones abonadas que ofrecen la esclerótica y demás membranas para determinar el glaucoma en la vejéz; pero nosotros hemos operado un indivíduo, que tenía á los 80 años una catarata, cuyo principio se remontaba á la juventud del sugeto, sin observar otra cosa que el embotamiento de la percepción luminosa de que nos ocuparemos más adelante: hemos observado tantos en iguales condiciones, que pudiéramos asegurar, basándonos en nuestra práctica, que el glaucoma no se presenta en estas condiciones más que en la proporción del uno por mil aproximadamente; más como puede presentarse, no estamos autorizados para sentar la inocuidad de la abstención operatoria. ¿Y la intervención está exenta de peligros para el ojo que

lleva la catarata, y respecto al ya operado que constituye un tesoro para el indivíduo? Sin duda, que no; ¿quién ignora los accidentes de toda operación?; ¿quién desconoce la posibilidad de una oftalmia simpática?; ¿quién subyuga las propatias adormecidas? Pues, ¿qué hacer? Ya lo hemos dicho, entregarnos en brazos de la deontología médica; explicar al enfermo ó á sus familiares el dilema y aceptar la resolución que le den.

Aún nos queda acerca de este particular algo que exige una solución. Admitida la posibilidad de un glaucoma ó, lo que es más, presentada esta enfermedad en un ojo portador de una catarata ¿debe procederse á su extracción? No, por cierto; las cataratas que se observan en ojos amauróticos á consecuencia de un glaucoma abandonado ó no asistido, si se extraen, van siempre seguidas de hemorragia, y esto nos autoriza para temer lo mismo en los casos á que nos referimos. Basta la iridectomía para dominar el elemento glaucoma y después que de este se haya triunfado, puede intentarse la extracción, si es que deseamos devolver al ojo la agudeza visual; la estracción no es una necesidad para curar ese primer ataque de glaucoma, así como no podríamos asegurar, que, renunciando á ella indefinidamente, se esté á cubierto de un segundo ataque en época más ó menos lejana y en determinadas circunstancias; es un hecho que no tiene aún la sanción de nuestra práctica, pero no podemos negarlo desde el momento que hemos visto un ojo no acataratado y presa de un glaucoma, curar por la iridectomía para ser atacado de un nuevo acceso tres años más tarde.

Nuestra conducta en presencia de un ojo con catarata y atacado de glaucoma ha sido la de practicar la iridectomía en primer término y después la extracción, cuando ésta ha debido hacerse, sin que tengamos que arrepentirnos de ella.

Tratándose del diagnóstico de la catarata no podemos silenciar la relación de éste con los tratamientos no operatorios de la misma. Tal parece que á la altura que ha llegado el progreso de la oftalmología no debiera mencionarse la creencia de que la catarata puede desaparecer sin prévio traumatismo accidental ú operatorio. Cuando algún hombre de ciencia ha sostenido esta tésis, ha incurrido sin advertirlo en un error; indiscutiblemente ha calificado de cataratas lo que de positivo no lo era y de aquí la curación, merced á éste ó al otro medicamento.

Nunca hemos visto proclamar la posibilidad del tratamiento exclusivamente médico de la catarata á ningún profesor versado en la oftalmología; siempre corresponde este triunfo á médicos ó cirujanos idóneos, pero poco conocedores de las enfermedades de los ojos. No nos corresponde ocuparnos de la explotación que de esta materia

hacen los charlatanes porque nos saldríamos del terreno á que debemos circunscribirnos.

Por razones especiales hemos sometido numerosos enfermos de catarata incipiente á tratamientos médicos exclusivos, sin que hayamos sacado otro beneficio para el paciente que la esperanza acariciada mientras no se generalizó la opacidad del cristalino.

Pertenece á esta clase de errores la reproducción de la catarata y, por más que los anales de la oftalmología guardan alguno que otro hecho, en las obras más autorizadas no se citan y por nuestra parte los juzgamos mal interpretados, por cuanto, después de una larga práctica y escrupulosa observación, nada hemos hallado que justifique tal apreciación.

No pasa un día sin que seamos interrogados acerca del tiempo que tardará tal opacidad del cristalino en generalizarse y estar en condiciones de sufrir la operación y en verdad que no hay un solo dato que nos autorice para fijar la época en que se completará la catarata, por más avanzada que se encuentre en su evolución. Recordamos dos casos; el uno tardó diez años para el completo desarrollo de la opacidad y el otro en el espacio de diez ó doce meses cegó y operado recobró la vista.

Creíamos que las opacidades centrales, á la manera de las que ocupan el polo posterior del cristalino, eran positivamente más tardías que las periféricas, porque estas afectan la nutrición de la lente; pero sin que podamos negar rotundamente este hecho, sustentado por álguien, no encontramos razones fundadas en qué apoyarnos para determinar la época en que pueda completarse una catarata, por más que los pacientes lo reclamen con insistencia y tenga á veces la mayor transcendencia poderlo asegurar.

Terminaremos afirmando que, á pesar del notable adelanto impreso al diagnóstico de la catarata desde Purkinje (1823) á Helmonthz (1856), cabe un error ó, cuando ménos, la duda, respecto á si existe ó nó una opacidad del cristalino y, por consiguiente, si estamos ó nó autorizados para intervenir, haciendo uso de los medios de que dispone la cirugía oftálmica.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. López.

Dr. López: Sostiene que el diagnóstico de la catarata no puede asegurarse sin el auxilio del oftalmoscópio; que no debe intervenirse sino cuando el indivíduo no vea lo suficiente para trabajar, y que él opera los dos ojos en una sola sesión, habiendo sido favorecido por la fortuna en todos los casos.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Santos Fernández para replicar.

Dr. Santos Fernández: Contesta que, gracias á la antisepcia, se

puede operar aunque no sea completa la opacidad del cristalino. Respecto á la doble operación, que él tambien ha practicado, crée que ofrece graves inconvenientes. A veces, por muy detenido que sea el exámen, puede escaparse algún antecedente que comprometa el éxito operatorio. Si este existe, sirve de advertencia para el otro ojo.

El Sr. Presidente: Agotadas las horas reglamentarias, se levanta la sesión.





SESTA SESION.

(19 de Junio, 7½ noche)

Presidencia: Vice-presidente Dr. Emiliano Núñez.

Abierta la sesión, el Secretario, Dr. E. López, dió lectura al acta de la anterior, que fué aprobada, prévias ligeras aclaraciones del Dr. Bellver.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Albarrán para leer su trabajo.

Neuropatía urinaria. 

Por el Dr. Pedro J. Albarrán (de Sagua.)

Señores: Existen, á mi entender, dos grandes variedades de *falsos urinarios*. En los primeros, los síntomas vexicales corresponden á lesiones nerviosas bien determinadas; tal sucede en las mielitis, en los traumatismos de la médula, etc. En los segundos, los fenómenos urinarios parecen constituir toda la enfermedad; los síntomas no corresponden á lesión alguna determinada del aparato urinario y reflejan únicamente el estado psíquico del enfermo.

Durante mucho tiempo solo fueron conocidas las enfermedades de la primera categoría. y aún en la actualidad, para la mayoría de los médicos, en la frase *falsos urinarios* va envuelto el diagnóstico de mielitis y particularmente el de atáxia. Eran ya conocidos desde larga fe-

cha los variados síntomas vexicales que se presentan en la atáxia confirmada; más tarde se presentarán observaciones por Guyon, Fournier, Geffrier y otros, en las cuales se demuestre que en casi una tercera parte de atáxicos, los trastornos de la micción han precedido á los síntomas de la enfermedad confirmada. Eso bastó, unido á los trabajos de estos últimos años sobre el período preatáxico de la tábes, tan variado en sus manifestaciones sintomáticas, para que se considerasen los síntomas acusados por los *falsos urinarios*, como fenómenos premonitorios de la tábes dorsal.

De un año á esta parte, la escuela de Neker, representada por Guyon y sus discípulos, tiende en su enseñanza diaria á establecer un grupo de urinarios histéricos al lado del antíguo grupo de urinarios mielíticos.

En esta nueva clase de neurópatas se halla comprendida la gran mayoría de los llamados *falsos urinarios:* me propongo decir, en el corto espacio de tiempo de que puedo disponer, lo que sobre ellos he aprendido y observado.

I.

El neurópata urinario, sin lesión alguna del aparato, constituye una verdadera escepción. Casi siempre una lesión insignificante en apariencia, uretritis posterior, blenorragia, eczema, llama y fija la atención del enfermo, y desde entónces empieza á destacarse el tipo del *falso urinario*, que se caracteriza por la desproporción extraordinaria, enorme, pudiéramos decir, entre los síntomas que acusa y la importancia real de su lesión existente.

Etiología.—Ya he dicho que esos indivíduos pueden ser considerados como verdaderos histéricos; y como estaría de más repetir aquí la etiología del histerismo en general, insistiré solamente en algunos puntos de capital importancia para el asunto que trato.

La herencia nerviosa del enfermo es, sin duda, la *causa predisponente*, cuya influencia es más evidente y demostrable.

Casi siempre, al indagar cuidadosamente, descubro entre los ascendentes directos ó colaterales próximos del enfermo un atáxico, un loco, un suicida, epilépticos, histéricos ó fanáticos místicos visionarios. Por herencia pertenecen esos indivíduos á la gran categoría de degenerados de Magnan, y en ellos se descubren los caractéres físicos y morales de la degeneración. Bajo el punto de vista físico, la asimetría facial, el alargamiento y concavidad exagerada de la bóveda palatina, las mil variedades de deformaciones de la oreja, el tartamudeo etc. etc. Considerado bajo el punto de vista moral, son, en su mayor número, seres poco inteligentes, de desigual carácter, sin energía moral, que ocultan, con la brusca expresión de arranques coléricos, la indecisión

que les domina. En gran número de esos enfermos los accidentes urinarios han sido precedidos por otros síntomas que no tienen con ellos más relación que la de ser producidos por un mismo estado nervioso. Muchos han sufrido neurálgias diversas, otros padecieron incontinencia nocturna de orina en la infancia. Diré cuatro palabras sobre estos últimos.

Abandonadas las viejas teorías de Trousseau, se aceptaba, hasta hace poco tiempo, que la incontinencia nocturna de los niños dependía de la falta de contractilidad del esfínter de la porción membranosa de la uretra; de esa hipótesis, formulada por Guyon, dedujo el gran maestro su tratamiento, algunas veces eficáz, consistente en la electrización del esfínter por medio de las corrientes interrumpidas. Las observaciones de mi amigo Gibotteau y la escelente tésis de Guinou han iniciado una corriente contraria á ese modo de ver, y en la actualidad Jauet y el mismo Guyon, siguiendo honradamente á sus discípulos, ven en la incontinencia de orina nocturna de la infancia, un carácter, un sello de degeneración.

Si se estudian ó analizan esos enfermitos, se vé que la orina no sale gota á gota y babeando, como sucedería en la parálisis del esfinter, sino por chorro espulsado con fuerza: el niño *sueña que orina* y expulsa el contenido de su vegiga. De la multitud de argumentos que pudiera exponer, elijo dos solamente; primero: cuando se sondea la uretra de esos niños con una bujia olivar exploratríz, se nota claramente que hay *espasmo;* es decir, contracción exagerada y no parálisis del esfínter; segundo: que en muchos casos basta castigar ó atemorizar el niño ó sugerirle, después de hipnotizado, la idea de que despierte para orinar, para que cese la incontinencia. En suma, existe en esos niños una falta de sensibilidad de la mucosa de la uretra posterior; y esa que considero *placa de anestésia* no debe causarnos más estrañeza que una placa de anestésia faríngea ú otras por el estilo. Durante el día, la necesidad de orinar se siente y determina el acto de la micción voluntaria; pero durante la noche, la sensación no basta para vencer el sueño de plomo de los niños; hay solo una percepción vaga del deseo, se mueve un poco el niño en su cama, quizás balbucea alguna frase y entre ensueños verifica su micción. Si por la electrización, por las instilaciones, por una irritación cualquiera de la mucosa de la uretra posterior, se aumenta su sensibilidad, la sensación percibida, más violenta, basta para despertar al niño y la incontinencia cesa. Esa curación, notable en los primeros días, es comunmente transitoria; tan pronto como la mucosa se acostumbra á la irritación que se le produce, disminuye de nuevo la sensibilidad y vuelve la incontinencia. Visito actualmente un niño incontinente, (caso análogo á otros que he observado) que no se orina en la cama la noche que

sigue á una simple exploración de su uretra, para volver á su hábito las noches siguientes.

Las neurálgias, la eclámpsia, la incontinencia nocturna y los otros caractéres, ya ántes enumerados, son, pudiera decirse, las manchas de color saliente en el retrato de un neurópata, en buenas condiciones para ser más tarde un *falso urinario.* Una *causa ocasional*, un traumatismo, un cóito impuro, un hérpes prepucial, y sobre todo, las blenorrágias, causas de poca importancia, pero suficientes para llamar la atención del neurópata hácia sus vías urinarias, produce la explosión de los síntomas histerifórmes: queda constituido el *falso urinario;* ese enfermo que con cierta frecuencia se presenta al médico, del cual, según creo, no se ha hecho hasta el presente un estudio de conjunto.

La exageración perceptiva del enfermo domina desde el primer momento el cuadro de síntomas. Preocupado con su dolencia, inquiere entre sus amigos, cuando no busca en libros de medicina las conveniencias próximas y lejanas de lo que imagina tener. Casi todos se aprenden nombres de enfermedades y de órganos, y les gusta emplear en sus explicaciones palabras técnicas de medicina. Cistítis, espermatorrea, prostatítis, son palabras que conocen y emplean. Tengo un enfermo, el que me ha sugerido la idea de este trabajo, que se sabe casi de memoria los libros de Guyon y de Thompson, y qué, de por sí y ante sí, se ha hecho yo no sé cuantas cosas para cuidar, ya que no puedo decir para curarse, una supuesta grave enfermedad de la próstata.

El *falso urinario,* preocupado constantemente, analiza con minuciosidad todas las sensaciones que experimenta: dolores, escozor, angustia genital ó, como me dice un enfermo en una carta que copio, «corrientes de aire frío, que bajaban del vientre á las bolsas y de allí, tomando tres direcciones, se extendían hasta el ano y los dos muslos».

Uno de los caractéres más curiosos de la dolencia es el sumo cuidado con que, en papel bien limpio, bien rayado y empleando una letra lo más elegante posible, escriben los enfermos cuantos detalles tontos se les ocurre: hay quien cuenta cuidadoso cuantas veces orinó y la cantidad de orina de cada micción; otro indica la influencia que tal ó cual alimento ejerce sobre su estado, y la mayoría emplea en sus escritos frases á veces muy curiosas. Un día nos hizo reir Guyon refiriéndonos el caso de un *falso urinario* que escribía: «sufro por encima y por debajo del intérprete del amor».

El *falso urinario* es casi siempre vergonzoso: empieza por la *uretra púdica;* es decir, por no poder orinar cuando alguien le vé (ese es achaque de mucha gente) y se nota que sufre moralmente al someterse á un exámen de los órganos genitales.

Los hay que fueron onanistas mucho más largo tiempo de lo que la educación del colegio inculca á un sano de espíritu. Otros, por exa-

gerado escrúpulo religioso ó por excesiva profiláxis, no tocaron muger hasta su casamiento: anomalías que algunos pagan con no poder cumplir sus deberes de marido. Debo á mi distinguido compañero de Sagua, Dr. Bonet, la observación de un enfermo de esta índole; á los tres años de casado aún era vírgen la muger de ese enfermo, que se veía condenado á constantes espedientes evasivos para ocultar su impotencia.

Cuando se encuentran los caractéres que acabo de citar, no es difícil llegar á un diagnóstico, aún ántes del exámen físico; pero es común encontrar *falsos urinarios* que engañan fácilmente.

Cuentan haber tenido una blemorrágia, que curó dejando una pequeña gota ó *humedad en el canal* y que desde entónces orinan con mucha frecuencia, con algún dolor; el chorro de orina, dicen, tiene forma de tirabuzón y después de orinar salen várias gotas que manchan el calzoncillo. Muchos médicos sospechan entónces la existencia de una estrechéz y confirman su diagnóstico cuando tratan de pasar una bujía y no pueden penetrar en la uretra posterior.

Grosero error que he cometido muchas veces cuando empecé á ocuparme especialmente de las vías urinarias. Al hablar del diagnóstico me ocuparé de este punto.

Hay un síntoma que revela bien á las claras la contracción espasmódica de la región membranosa de la uretra. En esos enfermos, muchas veces, la micción se efectúa en dos tiempos: cree el enfermo haber acabado de orinar y algunos minutos después orina de nuevo una cantidad bastante considerable; se observa eso con bastante frecuencia cuando el enfermo va al escusado; orina al empezar la defecación y, ya terminado este acto, vuelve á orinar de nuevo.

En otros, lo que llama la atención es un verdadera neurálgia vexical con dolores agudísimos en el epigástrio, el periné y el pene.

Mi querido amigo y maestro Bazy, ha llamado la atención en éstos últimos tiempos sobre una síntoma importante: no es raro que esos enfermos aquejen una poliúria nerviosa bastante marcada, y el autor citado encontró várias veces glucosa en las orinas. Esa glucosoria es pasagera y no debe confundirse con la diabétes sacarina.

Volvamos á nuestro *falso urinario*. El exámen físico confirma en él el carácter dominante de la enfermedad: la falta de relación entre las lesiones realmente existentes y los síntomas aquejados.

La uretra está sana ó presenta alguna uretrítis posterior, resto de antígua blenorrágia.

En general, el paso de una bujía exploradora, sobre ser muy temida por el enfermo, es muy dolorosa. A veces toda la uretra es extremadamente sensible; otros (y son los que con más frecuencia observo) acusan excesiva sensibilidad en la región membranosa, de suyo más

sensible, como todo el mundo sabe, que el resto de la uretra: cuando la bujía olivar ha penetrado en la vegiga, cambia la fisonomía del enfermo, ya no sufre, abandona un poco sus muzlos y podemos tocar impunemente las paredes de la vegiga sin provocar dolor alguno. Hay, pues, exceso de sensibilidad uretral é insensibilidad de la vegiga al contacto.

Si se inyecta líquido en la vegiga, se nota que la sensibilidad á la distensión, tan marcada normalmente, ha disminuido mucho. Es común ver enfermos, que orinan cada cuarto de hora, á quienes se puede inyectar 250 ó 300 gramos de líquido sin que se provoque en ellos deseos de evacuar la vegiga. En las mugeres histéricas es esto frecuente. Esa insensibilidad de la vegiga, unida á la disminución de su contractilidad, es uno de los mejores caractéres del *falso urinario*. Fácil es, sin recurrir á un manómetro, conocer la disminución del poder contráctil de la vegiga: basta inyectar algún líquido y dejarlo salir por la sonda; se le vé caer sin fuerza, como en un viejo prostático ó con ménos impulso del que debiera tener. Más de una vez he notado que esos enfermos, en quienes el líquido inyectado sale sin fuerza por la sonda, lanzan bastante léjos el chorro cuando orinan expontáneamente.

El tacto rectal no dá ningún síntoma de valor. Guyon atribuye alguna importancia á cierto dolor que generalmente se despierta en esos enfermos comprimiendo la porción membranosa de la uretra contra el ligamento sub-pubiano.

El exámen de los uréteres, del riñón, del aparato genital, no revelan lesión alguna.

Como se vé, no es muy difícil diagnosticar la neuropatía urinaria en la mayoría de casos; y sólo diré algunas palabras sobre los dos diagnósticos diferenciales más importantes. La estrechez espasmódica se diferencia de la estrechez real por una série de síntomas. En los primeros, existen á veces variaciones considerables en la facilidad con que el enfermo orina y cambios bruscos, que sobrevienen en el espacio de algunas horas. Lo mismo se nota con la sonda: un día no pasa ni una filiforme, cuando al día siguiente pasa, sin dificultad, un nº 20 de la escala de Charrière. Es frecuente observar que los instrumentos gruesos, sobre todo los metálicos, pasan á donde no pueden pasar los de pequeño calibre.

En la estrechéz blenorrágica común se encuentran casi siempre vários anillos ántes de llegar al bulbo, donde generalmente radica el anillo más estrecho: en la estrechéz espasmódica, el único punto estrechado está más allá del bulbo, en la porción membranosa. Por otra parte, nunca debe diagnosticarse una estrechéz sino se encuentran anillos ántes de llegar al bulbo, hasta que con algún instrumento apro-

piado (la bujía olivar) se haya penetrado más allá del sitio en que se presume la coartación y que se siente otra vez de atrás á adelante al sacar lentamente el instrumento.

Debemos siempre salvar otro gran escollo del diagnóstico, evitando la confusión con una enfermedad nerviosa central. Un exámen detallado de la motilidad y de la sensibilidad, de los reflejos etc., no dejarán duda sobre este punto. Además, se encuentra casi siempre en el *falso urinario* algún signo histérico: ausencia de reflejo faríngeo, disminución del campo visual, placas de anestésia etc. etc.

El *tratamiento* ha de comprender una parte moral de suma importancia: sin hacer burla del enfermo, debemos tomar en sério lo que dice. El *falso urinario*, como degenerado al fin, se enoja fácilmente y se vuelve agresivo. Poca violencia con esos enfermos: su enfermedad es rebelde entre todas.

Debemos cuidar luego de suprimir la causa próxima de la dolencia: uretrítis posterior, ligera estrechéz, hérpes prepucial etc., por los medios apropiados. Como adyuvante, es útil, según acabo de comprobarlo en uno de mis clientes, insensibilizar la uretra posterior con instilaciones de clorhidrato de cocaina, treinta ó cuarenta gotas de una solución al 5 por 100. Por último, tratar por la hidroterápia bien dirigida, los bromuros, reconstituyentes y demás medios apropiados al estado general del enfermo, y hasta emplear medios que, como la electrización de la uretra, sea capáz de impresionar fuertemente al infelíz neurópata, que se designa con la frase: *falso urinario*.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Tamayo para argumentar.

Dr. Tamayo: Se manifiesta de completo acuerdo con el trabajo y las opiniones del Dr. Albarrán, citando dos casos en comprobación de aquellas.

Dr. A. Barrena: Opina que en el diagnóstico diferencial de las estrecheces es donde descansan los principales fundamentos del estudio que el Dr. Albarrán denomina «neuropatía urinaria».

Dr. G. López: No puede manifestarse conforme con el término adoptado por el Dr. Albarrán, porque los trastornos que señala pueden perfectamente considerarse como síntomas de diversas afecciones del cerebro, de los histéricos, melancólicos, etc.; además, esos fenómenos se presentan al final de las enfermedades medulares, y no hay razón alguna para formar con ellos un grupo aislado, al cual se le pueda legítimamente asignar un carácter propio y crearles un término nuevo.

Dr. A. Mestre y Hévia: Enumera consideraciones relativas á la influencia que egercen las afecciones del aparato urinario y los espásmos de la vegiga sobre el carácter intelectual de los indivíduos; citando el ejemplo de J. J. Rousseau.

Dr. Montalvo: No es posible pronunciarse definitivamente en ningún sentido en la cuestión que se debate sin un exámen detenido de los antecedentes; así pues, sin ese estudio no puede asegurarse que los trastornos referidos por el Dr. Albarrán constituyan una verdadera «neuropatía urinaria».

Dr. Bellver: Crée que la sugestión y el hipnotismo pueden egercer una influencia favorable sobre los trastornos referidos, y lamenta que el Dr. Albarrán no haya estudiado la cuestión bajo ese aspecto.

Dr. Vila (de Sagua): Opina que los enfermos á que alude el Dr. Albarrán, pueden considerarse como hipocondriacos comunes y crée que el artritismo tenga alguna relación con ellos.

Dr. Moreno de la Torre: Opina que el hipnotismo egerce suma influencia sobre dichos fenómenos.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Albarrán para replicar.

Dr. Albarrán: Arguye que, á pesar de todo cuanto se le ha objetado y de que podía ampliar sus fundamentos, sería suficiente la manifestación de que, no porque se observen en otras enfermedades los fenómenos y alteraciones que ha descrito, sea oficiosa, ni estraña ó inútil su clasificación, pues con ella se caracterizan propiamente: insiste en el diagnóstico diferencial de las estrecheces y termina declarando que no tiene esperiencia de las prácticas hipnóticas, bajo el punto de vista que se ha tratado.

Sr. Presidente: Está en turno el Dr. T. Coronado (de Cabañas) para leer su trabajo.



Apreciaciones sobre el tratamiento de los palúdicos.

Por el Dr. Tomás J. Coronado (de Cabañas.)

Careciendo de tiempo suficiente, pasaremos por alto los detalles históricos de los diversos tratamientos que se han preconizado contra el paludismo y sólo nos ocuparemos del tratamiento por nosotros empleado.

Antes de describirlo nos parece prudente detenernos, aunque con la mayor brevedad, en ciertos particulares relacionados con nuestra terapéutica.

Entre las fiébres contínuas, que aquí observamos con bastante frecuencia, tanto en la forma biliosa, como en la gástrica, cuando no eran tratadas enérgicamente por la diálisis intestinal, revestían muy pronto una forma, tan parecida á la fiebre tifoidea dotinentérica, que el práctico más experimentado cometía el error de diagnóstico, esta-

bleciendo, por consiguiente, un tratamiento equivocado. Esta aparente transformación, que nosotros, los médicos de campo, distinguíamos primero con el nombre de *tífus* y más tarde con el de fiébre *tifo-malárica*, podemos asegurar terminantemente, que, por lo ménos aquí, en esta localidad, no existe.

Las autópsias, que no han sido pocas, en la época que no empleábamos la diálisis como tratamiento, nos demostráron siempre, la falta de las lesiones anátomo-patológicas, tan características de la fiebre tifoidea y que teníamos muy presentes, después de nuestros trabajos en «San Felipe y Santiago,» durante la epidemia de fiébres tifoideas de 1880 y 1881.

Hoy, plenamente convencidos, aceptamos con el Dr. Vila, que aquí en el campo, los fenómenos engañosos, que referíamos equivocadamente al veneno tifoideo, no eran más que consecuencias de la *septicémia humana* ó *envenenamiento autóctono* de orígen palúdico, sin relación alguna con la dotinentería, á pesar del cuadro sintomático tan parecido.

Desde que empleamos el método dialítico-evacuante no hemos vuelto á observar una sola vez fiébres contínuas palúdicas, que revistan la forma tifoidea.

No terminaremos sin suplicar á nuestros ilustrados comprofesores, que egercen en lugares maláricos, practiquen algunas autópsias en casos sospechosos y publiquen los resultados. Anotado este particular, que merece la ilustrada atención de todos, pasaremos á describir el tratamiento anti-palúdico, que, con el Dr. Vila, venimos empleando hace años.

Repetidas experiencias fisiológicas, llevando la diálisis intestinal á sus más altas graduaciones, nos han demostrado, que determina los fenómenos siguientes:

Eliminación rápida de todos los desechos orgánicos. Voracidad en los indivíduos sanos sometidos á la experiencia y una facultad de asimilar los alimentos de manera extraordinaria, que se traduce rápidamente por aumento notable del peso normal.

Debemos estar prevenidos siempre contra el vulgo, que traduce los efectos de la diálisis, ántes de experimentarla, por *debilitantes.* Fijo la atención en estas ideas vulgares de debilitación para que se observen los enfermos en el comienzo de la medicación y estar garantidos que se llenan nuestras indicaciones.

Tratamiento de los estados crónicos.—Sin preocuparnos de la *debilidad* que acusan algunos enfermos y que nosotros traducimos por fenómenos del envenenamiento que los aniquila, iniciamos siempre el tratamiento de la manera siguiente:

Primer día.—Un vomitivo de ipecacuana; tres horas después, dos

gramos de calomelanos para los adultos, en dos ó tres dósis, con intérvalos de media hora; tres horas después de la ingestión de la última dósis de calomelanos, de treinta á sesenta gramos de sulfato de sosa, en una ó dos tomas; una vez tolerado el sulfato de sosa, que debe repetirse si fuere arrojado, recomendamos la ingestión de repetidas copas de limusina, limonada, agua de coco ó agua simplemente, con el fin de favorecer la diálisis.

Desde el día siguiente, recomendamos á los intoxicados crónicos, baños fríos de esponja, de corta duración, á la hora de levantarse; una vez pasada la reacción del baño, 30 gramos de sulfato de sosa, que pueden tomar á otra hora cualquiera, si así lo requieren sus ocupaciones, buena alimentación y los tónicos que más les convengan.

Este es el sencillo plan, con que vemos restablecerse multitud de palúdicos crónicos, cansados de otras medicaciones, que durante largo tiempo habían empleado.

Tratamiento de los estados agudos.—El vomitivo se hace casi siempre indispensable y nuestra práctica es darlo en seguida, sin esperar oportunidades favorables, que en las fiébres graves suelen no llegar nunca.

Tan pronto como los efectos eméticos se han borrado por completo y hemos conseguido una limpieza completa del estómago, con la ingestión de abundantes cantidades de agua tibia, ordenamos el calomelanos á la dósis de uno á dos gramos y asociándolo al ricino cuando el enfermo lo tolera.

Muchas veces acontece que los enfermos piden la solución de sulfato de sosa en pequeña cantidad de vehículo para efectuar la ingestión con rapidéz; en estos casos determina vómitos casi siempre, los cuales se evitan, fraccionando las dósis en la proporción de diez gramos de sal de sosa por 200 gramos de agua, cada vez.

Cuando se presentan fenómenos de parésia intestinal, que siempre es un signo de extrema gravedad en las fiébres graves, provocamos la corriente eliminadora por medio de repetidas lavativas purgantes voluminosas.

Si en el curso de este tratamiento enérgico se presentase tenesmo, lo combatiremos fácilmente con lavativas abundantes de agua albuminosa.

En general, es suficiente la diálisis para que se marque el descenso térmico; pero en los raros casos que esto no sucede y la hipertérmia pone en peligro los enfermos, prescribimos baños á 37° C. de media hora de duración.

En el tratamiento dialítico-evacuante el descenso térmico, por debajo de la cifra normal, indica siempre la crísis favorable que termina el período agudo de la enfermedad é inicia la convalecencia.

Tres ó cuatro días son suficientes para que el tratamiento, llenado con energía, domine las fiébres más graves, seguidas siempre de una convalecencia muy corta y sin un solo caso de recidiva.

Los líquidos con que habitualmente favorecemos la diálisis intestinal, según las circunstancias y el estado del enfermo lo requieran, son: la limusina, limonadas, agua con cognac y sobre todo leche en abundancia.

En el período de corta convalecencia, recomendamos lavados del conducto cibal, mañana y tarde, con 20 ó 30 gramos de sal de sosa y alimentación reparadora y abundante, en proporción á los hábitos del convaleciente y en relación á su estado, más ó ménos depauperado por su pasada intoxicación malárica y autóctona.

Los resultados favorables, que venimos observando en nuestros maláricos, se deben en gran parte al hecho de ocuparnos muy particularmente con el Dr. Vila del tratamiento de *enfermos*, sin preocupar nuestra atención con las enfermedades, cuyas descripciones y tratamientos, en general, nos enseñaron las obras de patología. A la cabecera de enfermos que veíamos morir en gran número y en las que habíamos empleado, con la verdadera fé de sectários, las medicaciones clásicas, con rigorismo extraordinario, pudimos sorprender fenómenos, que determinaron en nuestro ánimo la más completa convicción de la insuficiencia de la terapéutica específica.

Hace cinco años que venimos empleando con el Dr. Vila la nueva terapéutica para los fenómenos sencillos y graves, dependientes de la malaria; pero siempre temerosos de incurrir en ligerezas, hasta hace un año, no hemos dado á conocer nuestras ideas, que cada dia se confirman con nuevos hechos clínicos. La diferencia de mortalidad, comparando la época en que tratábamos clásicamente á nuestros intoxicados por la malaria, con la quinina, como base de tratamiento y la que observamos en la actualidad, que prescindimos, casi por completo, del específico, puede establecerse para los casos graves, en la siguiente proporción.

Mortalidad en los casos graves, tratados con la quinina, defunciones 70 por 100.

Mortalidad en los casos graves, tratados por el método dialítico-evacuante, defunciones 5 por 100.

El Dr. Portela, de Guanajay, que ha podido observar la reciente epidémia malárica, que tantos enfermos arrebató, podrá decir si nuestra proporción es exajerada.

En la ciudad de la Habana, donde la ilustración médica de nuestros queridos y respetados maestros, no puede ponerse en duda; donde las grandes farmacias garantizan la excelencia de los productos medicinales y donde las fiébres maláricas no reinan epidémicamente,

como en nuestra localidad, han fallecido *saturados de quinina*, durante el año 1888, *doscientos ocho* palúdicos, clasificados en su mayor número de accesos perniciosos. Durante el año 1889, la cifra ha sido mayor, como nos lo demuestran las excelentes estadísticas del ilustrado Dr. Vicente de la Guardia.

La mortalidad que observamos con el tratamiento clásico, nos autorizó á intentar otro método científico de curación, basado en los principios del ilustre Pasteur y en las aplicaciones del sábio Bouchard y de las que no nos ocuparemos en este lugar por ser ya conocidas de todo el mundo médico. Los resultados clínicos han coronado nuestras esperanzas con el más brillante éxito, por cuyo motivo teníamos el deber de darlo á conocer, como venimos dándolo, hace un año en las colúmnas de la Crónica.

Con verdadero placer y agradecimiento, tenemos noticias que algunos compañeros de esta capital, vários de la provincia de Matánzas y muchos del interior, han experimentado nuestro proceder terapéutico, quedando satisfechos de sus buenos resultados. No estamos autorizados para citar sus nombres; pero como muchos se encuentran presentes, espero harán las objeciones, que su ilustrado criterio les sugiera.

El único interés que nos anima á insistir, significando los beneficios del método *dialítico-evacuante* en las manifestaciones del paludismo, es únicamente que los compañeros, que ejercen la profesión en lugares azotados por la malaria, obtengan los mismos beneficiosos resultados, que nosotros venimos consiguiendo hace tiempo.

Terminarémos recomendándoles, que si no desean separarse de las ideas tradicionales, continúen empleando la quinina en buen hora; pero, para evitar los peligros del envenenamiento autóctono, que pone en inminente peligro la vida del enfermo y la reputación del práctico, deben, se lo suplicamos, emplear simultaneamente el método *dialítico-evacuante.*

El Sr. Presidente: Queda abierta discusión sobre el trabajo que acaba de leerse y en el uso de la palabra el Dr. Montalvo para argumentar.

Dr. Montalvo: Considera hipotético el trabajo del Dr. Coronado; opina que en él no hay fundamentos científicos suficientes para preconizar el tratamiento *dialítico-evacuante,* como pretende su autor, y, despues de considerarlo peligroso en muchos casos, termina declarando que dicho tratamiento no puede ponerse en parangón con el de la quinina, cuyos beneficios califica de indiscutibles.

Dr. Plazaola: Cree que en los niños es sumamente peligroso el tratamiento *dialítico-evacuante,* de muy difícil, sino imposible, aplicación y capáz de determinar pséudo-meningítis. Para él la quinina es

la medicación preferente y, en determinados casos, el ácido salicílico y el yodoformo.

Dr. Moreno de la Torre: Empieza declarando que, aunque sin darse verdadera cuenta del fundamento científico del tratamiento que se discute, lo empleó en diversas circunstancias; no alcanzando resultado favorable, sino en algunas formas francamente intermitentes; considera que es penosa su aplicación y concluye afirmando que el uso de los purgantes, (diálisis) á larga mano, como recomienda el Dr. Coronado, es peligroso.

Dr. A. Neyra: Dice que el paludismo es una entidad bien conocida y que el cuerpo de Laverán es el micro-organismo que la produce; que esto nadie puede ponerlo en duda y así lo ha confirmado entre nosotros el Dr. Stemberg.

Se sorprende de que el Dr. Coronado, sabiendo todo eso, no haya dicho si en los casos de paludismo que cita, ha comprobado el plasmódio de Laverán en la sangre y, caso de haberlo hecho, si comparó los efectos que producen sus medicamentos dialíticos sobre el micróbio, á fin de saber el grado de superioridad que tienen sobre las sales de quinina, por más que no parezca racional la comparación, toda vez que sus medicamentos no actúan más que sobre el tubo intestinal y no es ese el lugar donde radica el micróbio de la malária.

Dr. Semprun: Dice que donde quiera que él se encuentre y se trate de paludismo, levantará su voz en defensa de la quinina: que, para él, este es el medicamento heróico contra dicha entidad morbosa y que, en tanto no se pruebe, de una manera irrefutable, la superioridad de otra medicación, continuará otorgándole á la quinina su indiscutible especificidad contra el paludismo.

Dr. Vila: Considera el tratamiento *dialítico-evacuante* como un procedimiento poderosísimo de eliminación, y al tubo intestinal como la vía por donde se han de arrojar los resíduos orgánicos, capaces de envenenar por acumulación al indivíduo y de interrumpir las funciones fundamentales para la nutrición, y de ahí deduce que ese tratamiento es racional y agrega que, si á eso se suma el resultado favorable que en centenares de casos ha producido, debe admitirse que es racional y eminentemente práctico.

Dr. Morado: Opina que el tratamiento dialítico tiene buenos fundamentos y merece que se le preste atenta observación.

Dr. Méndez: Sostiene que ese tratamiento no puede reemplazar á la quinina y mucho ménos superarla: que los éxitos de ésta en el paludismo son universalmente reconocidos y su especificidad comprobada, y termina manifestando que, á pesar de los resultados señalados por el Dr. Coronado, él no se creerá con valor para abandonar la quinina.

Dr. G. López: Manifiesta que desde las primeras observaciones clínicas, publicadas por los Drcs. Vila y Coronado, ensayó el tratamiento *dialítico-evacuante* y no alcanzó resultado favorable, citando algunos casos que fueron refractarios á dicho procedimiento y terminaron felizmente por la quinina.

Dr. Dueñas: Empezó diciendo que la quinina era el específico del paludismo; pero que había estados, de orígen palúdico, rebeldes por completo al uso de dicha sustancia. En las revistas, en la clínica y en confidencias verbales, se señalan casos que han llegado á terminar por la muerte, á pesar del empleo de la quinina á saturación. En estos casos encuentra justificado el tratamiento propuesto por los Dres. Vila y Coronado; anima á sus colegas á continuar los ensayos, y termina diciendo que así se tendrá el derecho de juzgar el tratamiento á la cabecera de los enfermos.

Dr. Núñez: Cree que, aún considerando muy favorablemente el procedimiento que se discute, es insuficiente; pues, para él, la indicación evacuante, por mucho que se quiera, no puede convertirse en indicación específica y que ésta hasta hoy le está reservada á la quinina contra el paludismo.

Dr. R. Weiss: Considera de suma importancia los hechos clínicos que presenta el Dr. Coronado y dice que ánte la elocuencia de los números no caben discusiones; que las proporciones de 70 por 100 en la quinina y 5 por 100 con el método dialítico no permiten alegatos sobre patogénia, sino de números; que debe ensayarse el tratamiento que proponen y con tan brillante éxito emplean los Dres. Vila y Coronado, y mucho más, cuando los indivíduos curados por la *diálisis* vuelven al foco palúdico sin que sean atacados de nuevo, ventaja no conocida hasta el día con ningún otro tratamiento del paludismo.

Dr. Bellver: Que la quinina la viene empleando con un éxito insuperable desde que llegó á Cuba y que tiene que estimarla como irreemplazable en el paludismo.

Dr. Sáenz Yánez: Opina que no es del caso discutir la acción heróica de la quinina, sus éxitos y fracasos, pues hay multitud de circunstancias que no pueden reunirse en una apreciación general; que no es preciso llegar á ese terreno para juzgar el procedimiento Vila-Coronado; que para él debe limitarse la atención á los resultados que presentan, y que, tanto por la capacidad y moral científica de sus preconizadores, condiciones muy respetables para todo el que quiera aprovechar algo de la esperiencia agena, cuanto porque estamos cansados de ver y saber que con la quinina en todas sus formas, cantidades y asociaciones y cuantos más tratamientos se han empleado contra el paludismo, hemos sido impotentes muchas veces, hasta el ridículo estremo de conseguir la salud del enfermo con solo el cambio

material de localidad, de habitación y aún de cama, no debe rechazarse dicho tratamiento sin los fundamentos de la esperiencia propia.

Dr. San Martín: Declara que se cree en el deber de confesar franca y honradamente que ha seguido con empeñada atención el tratamiento Vila-Coronado en dos casos de estremada gravedad, en los cuales el resultado no pudo ser más satisfactorio.

Dr. Casuso: Cita dos casos más, análogos á los aludidos por el Dr. San Martín y declara que en ellos el triunfo del tratamiento *dialítico* fué absoluto.

Dr. Zayas: Cree que las observaciones presentadas son incompletas y que no pueden, por lo tanto, servir de testimonio á sus defensores.

El Sr. Presidente: Agotada la discusión, tiene la palabra el Dr. Coronado para replicar.

Dr. Coronado: Llama la atención del Congreso sobre su trabajo para recordarle que en él no se defiende teoría alguna; que no tiene más objeto que referir hechos clínicos, presentando al Congreso sus observaciones estadísticas completas (2,000 casos) y asegura que sus diagnósticos están confirmados por la comprobación microscópica de los cuerpos de Laverán, de todo lo cual dará pública cuenta muy en breve.

Ocupa la Presidencia el Dr. Santos Fernández y concede el uso de la palabra al Dr. Dueñas para leer su trabajo.

Sobre el empleo de la quinina en la Habana.

Por el Dr. Joaquín L. Dueñas.

Hace ya algunos años tuve el pensamiento de comunicar á una de nuestras Sociedades médicas el resultado de mi experiencia personal sobre el uso de la quinina en diversas enfermedades; particularmente en aquellas que vienen acompañadas de fiebre y sobre todo en aquel grupo de piréxias, que reconocen por causa, verdadera ó supuesta, la infección palúdica. Llevó esa resolución á mi ánimo la lectura de un razonado artículo que, con el epígrafe de *Reflexiones acerca del uso y abuso de la quinina*, publicó en la *Crónica Médico-Quirúrgica de la Habana*, año de 1883, el veterano de nuestros maestros, el Dr. Fernando Gonzalez del Valle. Por más que desde aquella época me hallase yo dispuesto á suscribir las ideas juiciosamente desarrolladas en el artículo de referencia, por más que desde entónces sintiese arraigadas en mi espíritu las convicciones que hoy poséo con el más alto grado de firmeza, víme precisado á desistir de tal propósito á causa de otra convicción que mi mano detenía: el reconocimiento de mi propia insuficiencia, robustecido y afirmado por la seguridad del

escaso valor que habrían de representar observaciones deficientes y poco numerosas. Pero, de un modo ó de otro, los años han pasado, y, aunque con el mismo grado de insuficiencia, encuentro que ya no es despreciable el contingente de hechos clínicos acumulados y cuya posesión me autoriza, por lo ménos, á reemplazar la antigua incertidumbre que abrigara por una seguridad inquebrantable en mi opinión.

Prescindiendo de consideraciones generales y de todo preámbulo, que podría ser justamente censurado, por tratarse aquí de un acto sério al que cada uno de nosotros aporta el producto de sus observaciones y de sus estudios, me permitiré entrar de lleno en materia, reclamándoos encarecidamente un instante de atención á lo que servirá de premisa indispensable para establecer mis inducciones.

De un total de 3,961 enfermos visitados por mí en el espacio de nueve años consecutivos, curaron 3,477, murieron 268 é ignoro el resultado de 216, cuya asistencia no continué por motivos diferentes: lo que dá un 7.16 por 100 de mortalidad absoluta. De esos 3,961 indivíduos, presentaron fiebre 2,267 y no la presentaron 1,694.

De los 2,267 casos de enfermedades febriles, aparecen anotados en el grupo de las piréxias infecciosas, 774, de las cuales reconocen un orígen indiscutiblemente palúdico, 70. Estos se distribuyen de la manera siguiente:

Fiebre intermitente....................	42
» remitente........................	18
» perniciosa.......................	6
Caquéxia palúdica.........................	4
Total................	70

El número de fallecidos por paludismo se eleva á 8, comprendiendo en ese número los 6 atacados de fiebre perniciosa y 2 de fiebre remitente, lo que arroja una proporción de 11.42 por 100 en la mortalidad por paludismo. Las piréxias restantes, que llegan á la cifra de 704 y que no distribuyo en este instante, por no creerlo pertinente, llevan los diagnósticos de fiebre gástrica, fiebre tifoidea, fiebre amarilla, viruela, varicela, sarampión, escarlatina, sudor miliar, paperas, erisipela, muermo y septicémia.

Difícil sería que yo pudiese consignar ahora con igual precisión el número de enfermos que han tomado la quinina; pero sí puedo decir de un modo general que, salvo los 70 casos de paludismo confirmado, en los cuales ha sido esa sustancia la base del tratamiento, no la he usado sino muy pocas ocasiones en las demás piréxias, siendo la fiebre tifoidea y la erisipela, aquellas que comparten mayor número de casos. También la he usado al principio de ciertas enfermedades

febriles, cuya oscura sintomatología no me ha permitido establecer desde un principio el diagnóstico, y otras ocasiones como piedra de toque para disipar mis dudas; pero he suspendido la administración del medicamento al adquirir la certidumbre de que no tenía que habérmelas con el veneno de la malária: así es que, atendida esta última circunstancia, puedo asegurar que relativamente he administrado la quinina á un determinado número de enfermos.

Lo que primero se desprende del estudio de estas cifras, es la poca frecuencia del paludismo en la Habana. Esto podrá parecer extraño á primera vista, tratándose de un país como la Isla de Cuba en que reina la malaria. Sin embargo, nada más cierto y nada más fácil de explicar á poco que se medite con calma en la cuestión. Si algún hecho hay universalmente admitido por todos los autores que se ocupan en la actualidad de paludismo, es sin duda el orígen telúrico del elemento patógeno. La condición principal, que sirve de fundamento para establecer la etiología de la infección palúdica, es la siguiente: un terreno impregnado de humedad, conteniendo materias orgánicas, particularmente de orígen vegetal, en vías de descomposición avanzada. El desarrollo de la enfermedad se halla además subordinado á otras condiciones, que concurren á la génesis del principio morbífico, como son, el nivel de agua subterráneo, el grado de calor, las lluvias, las estaciones etc.; pero la condición esencial, la indispensable, para desenvolver la actividad de la fermentación orgánica, la que todos los autores contemporáneos aceptan, es la que acabo de anunciar: la constitución hidrogeológica de la localidad.

Pues bien; esa condición no existe en la Habana sino en determinadas puntos, cuya distribución topográfica es fácil señalar. En general, el piso de la población, cubierto por el suelo impermeable de las casas y macadanizado ó adoquinado en la vía pública, se opone á la penetración del agente palúdico y restringe considerablemente la emanación de los efluvios febrígenos en gran parte de la ciudad. Por el contrario, en aquellos lugares, donde faltan esas condiciones, donde el nivel de la población es más bajo, donde la capa impermeable del pavimento no existe, donde aparecen corrientes de agua que sostienen la humedad, donde el abandono de la higiene pública consiente la aglomeración de detritus, de desechos de la vida humana; en puntos determinados, como en el litoral de la bahía, en el barrio de Pueblo Nuevo, y accidentalmente en algunos lugares diseminados en el vasto emplazamiento de la ciudad, se presentan con ménos rareza casos aislados ó focos endémicos de intoxicación palúdica.

La diferencia numérica, que se deja apreciar entre el paludismo urbano y el que se desarrolla en los campos, ha sido señalada por distintos observadores. M. Roux, analizando una discusión ocurrida en-

tre los Dres. Torres Homen, Rego y Claudio de Silva, de Rio Janeiro, sobre la naturaleza de la linfangitis perniciosa, hace notar que el paludismo no se presenta con tanta frecuencia en las ciudades, donde se hacen trabajos que reducen sobremanera las condiciones de su aparición. Laverán hace observar tambien, que el paludismo es una enfermedad de los campos; de la misma manera que la fiébre tifoidea, frecuente en la Habana, lo es de las ciudades. Este autor vá más lejos, porque agrega que la acumulación en las ciudades populosas y que favorece en tan alto grado el desarrollo de las enfermedades tíficas parece al contrario crear una especie de inmunidad para las fiebres, palústres. Para Colin, las ciudades son verdaderos refúgios contra la malaria; y por último, en distintas poblaciones de esta Isla, ha podido hacerse igual observación sobre la menor frecuencia del paludismo urbano.

En la Habana, la opinión contraria, que señala por todas partes la existencia de la malária, descansa en un error, que consiste en suponer de orígen palúdico, gran número de afecciones que están muy distantes de serlo. Ha contribuido en primer lugar á originarlo, la idea preestablecida y justamente fundada, de que vivímos en un pais malárico: esa idea influye á la cabecera del enfermo y siembra en el médico la primera prevención. En segundo lugar, la lectura de las obras que se ocupan de piretología en los paises cálidos, en algunas de las cuales se menciona cierto número de accidentes que los autores atribuyen á la infección malárica y que son debidos al influjo del miasma sobre los distintos sistemas y órganos de la economía. Notad bien, señores, que digo *accidentes* y no enfermedades; las enfermedades que origina el impaludismo son: la fiebre intermitente, la remitente ó subcontínua de otras autores, simples ó con accesos perniciosos y la caquéxia.

Ahora bien; los accidentes á que se hace alusión en los clásicos, se producen *en el curso de las fiebres intermitentes crónicas; en los individuos que ya han sufrido la acción del veneno malárico;* rara vez en las fiebres agudas y con más rareza todavía en los indivíduos primitivamente sanos, hasta el punto de no haber observado Laverán un solo caso de la *soi-disant* fiebre larvada en un período de cinco años. Maillot tampoco la ha encontrado y Dutrouleau la combate en sus escritos. Todos los autores insisten, por su parte, en la necesidad de inquirir los antecedentes, la procedencia de los indivíduos portadores de esas afecciones, ántes de hacer el diagnóstico de impaludismo y recomiendan eficazmente la exploración atenta del enfermo, que casi siempre y por haber sufrido de la fiebre en otras ocasiones, ha de ofrecer un infarto característico del bazo. Y nótese que todos esos autores han ejercido en comarcas infectadas, en el teatro de acción del paludismo; su competencia está, pues, doblemente autorizada.

Otra de las circunstancias que han influido para recibir con agrado la opinión expuesta sobre el orígen palustre de muchas afecciones, procede indudablemente de la frecuencia con que ceden al uso de la quinina. Pero de que una enfermedad llegue á curarse por completo miéntras se ha estado usando la quinina, no puede deducirse que su existencia obedezca al paludismo. Muchísimos ejemplos podría citar en apoyo de este aserto, si no tuviera que ocuparme de otros puntos del mayor interés para la clínica; más no quiero callar que muchas dolencias y hasta enfermedades sérias, de marcha rápida, se curan á veces por la *vis medicatrix naturæ*, y otras de cierta duración, sujetas, digámoslo así, á una plantilla conocida, llegan á feliz término sin que pueda atribuirse el resultado al empleo que haya podido hacerse del brillante antipalúdico.

Volviendo ahora al estudio de mi estadística nosológica para tratar de inquirir cuales son las enfermedades que he visto con más frecuencia en la Habana—ya que no parece serlo el paludismo—y cual el tratamiento empleado, considerándolo desde un punto de vista general y crítico y en sus relaciones con la mortalidad, debo informar:

1º Que de los 1,694 indivíduos, asistidos por enfermedades en las cuales no figuró la fiebre entre los síntomas observados, curaron 1,435, murieron 86, é ignoro el resultado de 173, lo que produce una mortalidad de 5.65 por ciento.

2º Que la mayor parte de ellos aparecen distribuidos en variables proporciones con diagnósticos diversos, correspondiendo á un gran número de estados patológicos, ya primitivos, ya subordinados á enfermedades constitucionales ú orgánicas de diferente marcha.

3º Que en este grupo de casos, cuya larga enumeración, tras de cansada é importuna, sería al mismo tiempo enojosa y difícil, he encontrado várias veces la oportunidad de formular la quinina, más con el objeto de utilizar sus propiedades tónico-cardiacas, tónico-vasculares ó moderadoras de la inervación, que con un fin específico.

4º Que las afecciones predominantes, en este variado conjunto de enfermedades, fueron las manifestaciones catarrales apiréticas, las de orígen reumático, las neurósis, en particular las neurálgias y los trastornos producidos por la clorósis y la escrófula.

He podido comprobar, por lo tanto, la eficacia de la medicación quínica en algunos estados congestivos, en las hemorrágias, en el reumatismo apirético, en gran número de neurálgias idiopáticas ó de orígen constitucional, como las reumáticas que abarcan un crecido número de hechos, en diversas neurósis de carácter paroxístico, en la jaqueca, en ciertas disnéas, en el asma esencial, en las hiperquinésias cardiacas, en la tos convulsiva, en algunas manifestaciones coreiformes, etc. Muchas de estas afecciones, que he notado se reproducen con

intérvalos bien regulares por cierto, como han referido ejemplos Trousseau y Graves, ceden frecuentemente á la quinina y, sin embargo, no pueden ser consideradas de orígen palúdico sino en circunstancias excepcionales. La más frecuente de dichas afecciones, las neurálgias, sobre todo las que radican en la extremidad cefálica, reconocen un orígen muy variado; pero ya sean dependientes de un estado general de la economía, sífilis, clorósis, artritismo, etc., ya sean de orígen reflejo, ya estén sostenidas por una afección orgánica ó una intoxicación, ofrecen un carácter común, que es la intermitencia, á ocasiones tan regular, como la observada en el paludismo. Así es que debe tenerse suma discresión para formular el diagnóstico patogénico; con tanto más motivo, cuanto que las neurálgias reumáticas sobre todo, las cloróticas y algunas otras, suelen desaparecer con el uso del antiperiódico. El criterio clínico sobre la naturaleza palúdica de una neurálgia, debe pues basarse, según la opinión unánime de los autores que se ocupan de enfermedades propias á los países intertropicales, en la marcha de la afección, en otras circunstancias patológicas concomitantes (Kelsch), en la existencia de los signos que revelan una infección anterior, en los antecedentes personales, brevemente, en un conjunto de datos, pero nunca en la periodicidad del fenómeno, ni en el éxito terapéutico que proporcione la quinina. El resultado positivo, en estas condiciones, adquiere todo el valor de una ratificación.

Ajustándome á esta severidad de principios, debo decir, que en un total de 228 casos de neurálgias observados por mí—sin contar las que han venido acompañando á otros estados patológicos, á título de fenómeno accesorio—no puedo asegurar la autenticidad del orígen palúdico, sino en dos solamente.

Según la opinión de Kelsch y Kiener, las neuralgias son las manifestaciones por las cuales se revelan casi exclusivamente las fiebres larvadas; y, teniendo en cuenta el sitio de elección, parecen localizarse sobre todo en las ramas supra é infraorbitarias del trigémino. Tal es la opinión que hoy acepta la generalidad de los autores y la que debo deducir de mi práctica profesional. En esta proposición se advierte la tendencia á restringir el dominio de la fiebre larvada y con sobrada justicia, porque de no ser así, llegarían á simplificarse del modo más absurdo, la ciencia del diagnóstico y los árduos problemas de la clínica.

Para completar el exámen de mi estadística personal, debo ocuparme ahora de aquel grupo de casos que estuvieron caracterizados por la presencia del elemento febril, en los cuales se encuentra mayor oportunidad para la administración de la quinina. Me permitiréis recordaros que el número total de esos enfermos se eleva á 2,267; de ellos curaron 2,042, murieron 182, é ignoro el resultado de 43, lo que arroja una mortalidad de 8.18 por 100.

Predominan en ese grupo las enfermedades de las mucosas, las catarrales, que componen un total de 935 enfermos; luego siguen, por órden de frecuencia, las piréxias infecciosas con 774; las inflamaciones orgánicas y de vários tejidos con 272; ocupando un lugar secundario la série de enfermedades febriles que reconocen por orígen el reumatismo y la tuberculósis con 124; el resto lo constituyen las inflamaciones específicas, como las anginas y laringitis diftéricas, la disentería, las neurósis febriles, como el tétanos y el grupo de las fiebres efémeras.

Analizando este conjunto de hechos debo manifestar que he proscrito la quinina de la terapéutica de muchas enfermedades en las cuales se acostumbra formular, ya con el objeto de oponerse al movimiento febril, ya con el fin de combatir la supuesta naturaleza palúdica, que, según algunos, permanece oculta detrás de un cuadro sintomático robado, digámoslo así, á otras enfermedades, para desorientar al médico y escapar á la acción de sus recursos terapéuticos.

Es indudable, que como antiflogístico y como antipirético, posée la quinina virtudes sobresalientes, pero no es ménos cierto que á menudo se consiguen superiores resultados en la práctica con el empleo de ciertos medicamentos generales ó locales que llenan mejor la indicación y que la experiencia aconseja preferir. Así sucede, por ejemplo, en las afecciones catarrales de las vías respiratorias. Las laringitis, las bronquitis, las bronconeumonías agudas, ceden generalmente en un período de tiempo que está subordinado á la intensidad ó la extensión de las lesiones. Los mejores antiflogísticos, que pueden usarse en tales casos, son los evacuantes, los diaforéticos, los revulsivos, los modificadores de la mucosa respiratoria. Cede la fiebre alta en una tráqueo-bronquitis ligera con el empleo de un sudorífico y el reposo en una habitación abrigada; baja la temperatura y comienza la fase de resolución en una bronconeumonía, mercéd á un vegigatorio ó un vomitivo oportunamente recetado; y acórtase la duración de esos estados catarrales con el uso de los espectorantes, los tónicos, el alcohol, etc. Jamás he obtenido un descenso de la temperatura con la quinina en dichas enfermedades, á no ser de algunas décimas de grado y su administración en muchas ocasiones no viene más que á inclinar á su favor la palma del éxito, porque coincide con el período de resolución más ó ménos largo, pero siempre subordinado á la extensión é intensidad del proceso local.

Otro tanto diré de las afecciones catarrales de las vías digestivas. Para rebajar la temperatura elevada que acompaña á una angina mucosa, á una angina herpética, no hay mejor antipirético que un vomitivo de ipecacuana; queda luego la resolución del proceso al cuidado de los emolientes locales, los gargarismos diversos etc., y despues al tiempo; pero yo no le doy un gramo diario de quinina á un enfermo

que ha de entrar en convalecencia en seis ó siete días, porque su temperatura no haya cedido al tercero ó se eleva al cuarto con una recrudescencia de los fenómenos guturales. Las estomatítis febriles, las gastrítis agudas, originadas por la acción del frío, el mal régimen, los escesos en la mesa, las emociones morales etc., y que son tan frecuentes en algunas épocas del año, tampoco deben ser tratadas por la quinina sino por los vomitivos, el reposo, la dieta, los laxantes. etc.; es más, la medicación química sostiene la fiebre y alarga la duración del proceso, que entónces puede confundirse con la forma gástrica de la fiebre tifoidea ó con una remitente palúdica. De modo que, por una parte, medicación inútil, que no cura el catarro gástrico febril; por otra, medicación perturbadora que interrumpe la marcha espontánea de la gastrítis á su curación; por último, medicación inconveniente, que extravía el juicio del prático y lo expone á cometer fácilmente un error de diagnóstico.

Por lo que toca á las enterítis agudas, entero-colítis, cistítis, endometrítis y demás enfermedades localizadas en las mucosas, es indudable que gran provecho obtiene el médico del empleo de las más variadas medicaciones, sin necesidad de asociarles la quinina.

En las consideraciones precedentes no me he ocupado del uso del alcalóide sino bajo el punto de vista de los servicios que puede prestar en la marcha de esos procesos febriles, como antiflogístico y antipirético; pero me falta considerar el segundo aspecto de la cuestión; es decir, cuando se aconseja su empleo para destruir el fundamento palúdico en que se hacen reposar algunos de esos estados patológicos. Pertenecen á dicho número los catarros de las vías aéreas, ciertas anginas, las gastrítis simples ó de forma biliosa, y las llamadas fiebres catarrales en las que, sin existir á veces localización predominante, se observan de un modo simultáneo, fenómenos semejantes en várias mucosas. La interpretación patogénica para que sea exacta tiene que ir precedida de un exámen riguroso de los hechos y de las circunstancias en las cuales se verifican: único modo de aproximarse á un juicio diagnóstico concreto y de llenar indicaciones provechosas.

Por mi parte me encuentro muy inclinado á admitir, para la generalidad de los casos, un orígen cósmico, y en este concepto representan un papel importantísimo las bruscas y frecuentes variaciones atmosféricas que se experimentan en estas latitudes. Las estaciones llamadas de transición en Europa, puede decirse que aquí existen de un modo permanente. De Octubre á Mayo hacen súbitas apariciones los vientos del norte, sucediendo á temperaturas elevadas otras relativamente bajas. De Mayo á Octubre, los brisotes del 1º y 2º cuadrante interrumpen diariamente las funciones de la piel, activadas por los calores del estío. De ahí la extraordinaria frecuencia de los estados

catarrales que, según la predisposición habitual de cada indivíduo, las condiciones higiénicas que le rodeen, su edad etc., y el grado con que haya sufrido la impresión patogénica, se localizan en distintos órganos ó en todas las mucosas á la vez. Asi vemos coincidir y sucederse de un modo interminable, los corizas, las anginas, las bronquítis, bronconeumonías, gastrítis y gastro-enterítis; unas veces febriles, otras apiréticas, ya de corta duración, ya de forma prolongada, terminándose favorablemente en la mayoría de los casos, sin que nada autorice en su expresión sintomática, en las condiciones que las preparan, ni por el resultado de la terapéutica, á considerarlas de orígen palúdico. Algunas de estas formas, que por su extraordinaria difusión, por el aspecto que revisten, por las complicaciones que las acompañan, recuerdan el carácter infeccioso, tampoco ofrecen rasgos clínicos que justifiquen su procedencia malárica, y más motivos encuentro por sus determinaciones locales, por su marcha especial y por su sello clínico, para referirlas á la gripe. Más como quiera que se consideren esas formas, características por su infecciosidad, hay un hecho que me importa consignar y es que la quinina no tiene la menor influencia en el resultado que se obtenga. Casos graves, de bronconeumonía infantil, desarrollados en esas circunstancias, he logrado salvar de una muerte inminente, sin que figurase, bajo ningún concepto, la quinina en todo el curso del tratamiento. En cambio, he visto sucumbir niños que he saturado del alcalóide—y perdonadme la frase—por una obstinación que hoy, con el espíritu más sereno, considero injustificada y que quizás hubieran podido curar, desvíando en otro sentido los esfuerzos terapéuticos desplegados.

Respecto á los catarros gástricos febriles, cuando no obedecen á la acción del frío ó de los cámbios atmosféricos, reconocen casi siempre por orígen innumerables infracciones de los preceptos bromatológicos: son sumamente frecuentes en los niños y, vayan ó no acompañados de síntomas biliosos, deben ser tratados, ante todo, por los evacuantes, si se quiere abreviar su duración. He tenido oportunidad de observar que cuando esto no se hace, la afección se prolonga, adquiere la fiébre un tipo remitente más ó menos regular, lleva al ánimo la duda y obliga al médico á hacer uso de la quinina. En esta situación ocurre lo siguiente: ya persiste la fiebre, modificándose más ó menos caprichosamente en su tipo ó en sus oscilaciones diarias hasta que se extingue poco á poco el proceso patológico, ya desaparece en corto plazo, sembrando en el espíritu la idea de haber descubierto un caso de impaludismo. Se sigue administrando la quinina y el enfermo, que parece no tener fiebre, porque su temperatura oscila ligeramente al rededor de los 37°, la siente sin embargo, su pulso late con frecuencia, la lengua queda saburral, el estado gástrico persiste, y en fin, por donde

quiera que se busquen, se encuentran los signos evidentes de que aún no ha recobrado por completo el organismo su estado fisiológico. El enfermo, y si es un niño con mayor motivo, por la extremada delicadeza de sus órganos, llega al fin á curar de su afección, ó, por el contrario, arrastra una convalecencia penosa y se convierte en un dispéptico, cuya nutrición languidece y su estado general decáe, exponiéndolo á su vez á contraer una de tantas afecciones que reclutan sus víctimas en las nutridas filas de los débiles.

En cuanto á las enterítis y gastro-enterítis por ingestión de sustancias fermentadas, que constituyen un grupo bastante numeroso de hechos en los cuales se observan los rasgos distintivos de una verdadera intoxicación, tengo por costumbre renunciar en absoluto al empleo de la quinina, porque los accidentes formidables que se desenvuelven y que simulan por su intensidad á los que caracterizan la fiebre perniciosa colcriforme, no desaparecen sino con el uso inmediato de los estimulantes, los tónicos y demás recursos que el práctico posée para sacar á los enfermos del síncope, la algidéz y un colápso que puede ser mortal. La fiébre, que suele suceder en tales casos á esa tempestad morbosa, es una fiebre reaccionaria que tampoco es justiciable del empleo de la quinina.

Creo haber explicado suficientemente en los párrafos que anteceden, la distribución que he hecho en mi estadística de 935 casos de enfermedades diversas, y que hubieran aumentado de un modo extraordinario la cifra del impaludismo agudo al considerar gran parte de ellas como manifestaciones atenuadas, *frustras*, anómalas y hasta perniciosas de la infección malárica.

Llego ahora, por órden de frecuencia, al grupo de las piréxias infecciosas. El papel que corresponde á la quinina en este género de trastornos morbosos, se presta á grandes consideraciones; pero yo me limitaré á exponer el criterio que me guía en la práctica con el objeto de concretar lo más posible mi trabajo.

De un modo general diré, que, salvo en los casos de paludismo, uso dicha sustancia en las demás infecciones, sólo con el objeto de rebajar las cifras hipertérmicas y como tónico cárdio-vascular. En este concepto la he usado á dósis moderadas en algunas septicémias, en la erisipela, en la fiébre tifoidea y en el sudor miliar: jamás en la viruela, sarampión, escarlatina, paperas y fiebre amarilla. Hoy me inclino á proscribirla de la terapéutica en las septicémias y muy particularmente en la fiébre tifoidea, que ocupará dentro de poco mi atención. Pero como quiera que las dudas y controversias sobre su empleo, no parecen suscitarse cuando el diagnóstico está plenamente confirmado, sino en aquellos casos en que se hace intervenir como elemento principal ó accesorio á la malária, trataré de no apartarme ni un momento del

terreno clínico en que me hallo desde un principio colocado, para exponer cual ha sido y seguirá siendo mi línea de conducta en tales circunstancias.

Al comienzo de toda afección febril en que no puede precisarse el diagnóstico, localizar en algún órgano el proceso que se desenvuelve, ni sospechar la aparición de una piréxia reinante, administro la quinina como piedra de toque; pero es necesario para ello que me asalte *gran género de dudas* y, en todo caso, procuro no elevar demasiado las dósis del medicamento. Nunca he tenido que arrepentirme de tal proceder y afirmo que, en la generalidad de las ocasiones, no me ha sido preciso continuar en el uso de la quinina: la situación ha llegado á despejarse y he modificado entónces mi tratamiento con arreglo á la naturaleza del proceso francamente manifestado. Fuera de este corto número de hechos, yo no insisto en la medicación química, sino cuando tengo la convicción firme de que se trata de impaludismo; y fundo esta convicción en un gran número de datos: circunstancias esteriores, el médio, la estación, localidad etc.; circunstancias individuales, que comprenden los antecedentes y la exploración minuciosa del enfermo. En los casos, para mí rarísimos, en los cuales la ausencia de los caractéres propios á la malária, no me autorizan á afirmarla decididamente, fundo mi convicción en el resultado terapéutico, porque considero la quinina como un específico, y creo que los ejemplos, tambien raros, que resisten la acción del medicamento, no son suficientes para quitarle su inmenso valor como medio diagnóstico.

La frecuencia conque algunas afecciones febriles, benignas por su resultado, aunque oscuras en su expresión clínica, se terminan con el empleo de la quinina, ha servido para sustentar su naturaleza palúdica, sobre todo si se tiene en cuenta la posibilidad de que la malária se aparte por su sintomalogía, por sus modalidades clínicas, por la ausencia de fenómenos decisivos, como el infarto ó el dolor esplénico, del cuadro más ó ménos variado de sus manifestaciones primordiales.

Yo creo, señores, que semejante criterio no tiene razón de ser y citaré en mi apoyo la opinión respetabilísima de Roux, uno de los que con tanto acierto han discutido sobre la naturaleza de las fiébres en los países cálidos. «Si hay una enfermedad, dice este autor, *siempre igual* á sí misma, produciendo invariablemente los mismos síntomas y accidentes, es seguramente la fiebre palúdica, cualquiera que sea la región en que se observe.» Si no con idénticas palabras, se muestran de acuerdo con Roux, todos los demás autores antíguos y modernos que he leído en estos últimos tiempos. Corre, Laveran, Colin, Dutrouleau, Kelsch y Kiener, todos están conformes, á pesar de otras divergencias de apreciación, en la frecuencia conque la malária se observa

acompañada de los caractéres que han permitido clasificarla en cierto número de grupos que se revelan por un conjunto de signos y de lesiones constantes, invariables é irrecusables. Como tratadistas especiales que son, han debido incluir en sus obras las modalidades más raras, las formas *frústras*, las variedades posibles; lo accesorio, lo eventual, lo contingente: han debido estudiar de una manera prolija, las complicaciones, las formas dudosas, pero sin dejar de señalar la rareza que las distingue, rareza que yo he podido comprobar y de la que suministra una prueba elocuentísima en la Habana mi estadística personal.

Esto por lo que toca á las formas ligeras ó comunes de la infección palúdica. En las formas intensas, con acompañamiento bilioso, en la remitente adinámica grave, en la hemoglobinúrica, en las cuales la apreciación diagnóstica suele dificultarse por las analogías que las unen á otros estados infecciosos ó no, el empleo de la quinina lleva una fuerte presunción al ánimo, cuando tardan en aparecer sígnos tan evidentes como el infarto esplénico y la melanémia periférica. En los casos excesivamente graves, la quinina es inútil para conjurar los terribles efectos de una intoxicación demasiado activa y debieran ensayarse otros recursos más poderosos, como los propuestos por los Dres. Vila y Coronado en recientes trabajos.

En las fiébres llamadas perniciosas, la quinina tambien ha sido la base de mi tratamiento; y aunque no he descuidado ninguna de las medicaciones accesorias que se dirigen al complexus sintomático, debo decir, que en los seis casos que aparecen en mi estadística, la muerte fué la terminación constante en todos ellos. Si ahora se desea una contestación franca y categórica sobre la naturaleza real de los casos, agrupados bajo la denominación de fiebre perniciosa, responderé, ajustándome á la opinión más admitida sobre un concepto tan vago y discutible como ese, que si por el aspecto de los síntomas y la reunión de ciertos caractéres concomitantes, debo suponerles un orígen palúdico; en cambio, por la ausencia de algunos datos etiológicos y por haber omitido el exámen de la sangre, cuya significación es decisiva, continúan siendo estos hechos para mí, otros tantos problemas patológicos. Si á pesar de todo, hiciera responsable al paludismo de esas defunciones, habría que convenir en la rareza conque se ha presentado la fiebre perniciosa en mi práctica profesional. En efecto, no he observado más que un caso por cada 400 indivíduos atacados de enfermedades febriles, y sólo le corresponde un 3.49 por 100 en la mortalidad relativa á este grupo de padecimientos y un 2.32 por 100 en la mortalidad general. La proporción de frecuencia de la fiebre perniciosa, con respecto á las demás fiebres de orígen palúdico, es de 8.57 por 100, en las observaciones que me pertenecen.

En las enfermedades proporcionadas, compuestas de un elemento tífico y de un elemento malárico, no está igualmente indicada la quinina. En la remitente palustre tifoidea, caracterizada por el predominio de la fenomenalización malárica, el uso de la quinina va seguido de brillantes resultados: tal es lo que he podido comprobar en el corto número de enfermos sometidos á mi observación. Por el contrario, en las formas calificadas generalmente con la denominación de tifo-maláricas, en las cuales predominan síntomas tifoideos, la *impotencia de la quinina*, es, como dice muy bien Jaccoud, un carácter constante de la enfermedad. La administración del medicamento es indispensable en los primeros días, pero ha de usarse con prudencia á la dósis de dos gramos diarios, con el objeto de aclarar el diagnóstico y moderar los síntomas atáxicos, que algunas veces se presentan; más nunca á dósis excesivas, con el buen deseo de salvar la vida de un enfermo que se supone en inminente peligro de muerte. La administración sistemática de la quinina en dichas circunstancias, á dósis progresivas, puede modificar desfavorablemente el pronóstico de la enfermedad, que, por el tipo de la fiebre y los sudores que la acompañan, se presta á ser confundida con accesos palúdicos de forma perniciosa ó con una remitente malárica al adquirir la fiébre dicho tipo desde el cuarto ó quinto día despues de la invasión.

Yo no voy á discutir en este momento la naturaleza de una enfermedad que ha sido objeto de tantas controvérsias. Creo que se trata de una modalidad de la fiebre tifoidea, según la opinión sustentada por Jaccoud, Borrelli y Tomaselli en Europa; por Lebredo y otros compañeros en la Habana, y en particular por el Dr. Laguardia, cuyas investigaciones anátomo-patológicas son concluyentes y decisivas.

Lo que sí me importa consignar es la inconveniencia de la medicación quínica tambien señalada por Jaccoud, en los primeros días del padecimiento y cuya obstinación es para mí injustificable además, en el curso de la fiebre, que suele durar 5, 6 ó más septenarios, sin modificarse en modo alguno, aunque se insista en la medicación antipalúdica. Pero hay algo más: la quinina, por su acción de contacto, sostiene el estado irritativo de la mucosa gastro-intestinal, que por el contrario reclama la administración de ciertos modificadores, como el clorato, de potasa; debilita al enfermo que requiere el uso de los tónicos, y disminuye la resistencia orgánica, que lo expone entre otros accidentes á los sincopales, siendo ésta una enfermedad en que las degeneraciones de la fibra cardiaca son una de las causas más abonadas para la terminación funesta. Un criterio sistemático no dejaría de ver en ello la brusca aparición de un acceso pernicioso y este fracaso agregaría un ejemplo más á la lista de los casos rebeldes á la medicación quínica. En suma, léjos de convenir la quinina, perjudica: ántes

que curar, estenúa, debilita y compromete al enfermo. Si á pesar de todo, el paciente vive, no se lo debe al medicamento; se lo debe á su resistencia individual.

En las demás formas de la fiebre tifoidea, en la forma común, en la forma gástrica, de las que he visto numerosos casos, no administro la quinina, sino en condiciones particulares, por un corto número de días y á dósis moderadas.

En el sudor miliar la he usado con ventajas, así como tambien en la erisipela.

En la diftéria, encuentro más provechosas otras medicaciones, y lo mismo tengo que decir de las septicémias, sobre todo la de orígen puerperal. Por último, no la considero indicada en la disentería, ni en la fiebre urinosa.

Réstame ocuparme, para terminar, del grupo de las inflamaciones y de ciértas enfermedades generales. En los procesos febriles sintomáticos de flógosis viscerales, orgánicas ó de las serosas, así como tambien, en gran número de trabajos flegmásicos locales, como flemones, periostítis etc., no encuentro justificada la administración de la quinina, sino á título de ayudante y siempre que resulte de ello algún provecho para el enfermo. Cuando esto no sucede, tengo por costumbre abandonar el uso del medicamento para simplificar la terapéutica.

En el reumatismo agudo, sobre todo en el articular, el empleo de la quinina es notoriamente beneficioso. Su acción, puesta de manifiesto en la práctica desde los tiempos de Trousseau, es admitida en la actualidad por los médicos de todos los paises. En la gota aguda soy más circunspecto en el uso del antiflogístico.

En la tuberculósis, debo decir, de un modo general, que solo es ventajosa en determinadas circunstancias, cuando se usa á dósis moderadas y en córtos períodos de tiempo. En la tuberculósis pulmonar sub-aguda, la quinina, usada de ese modo, favorece la desaparición de los brotes congestivos que preparan la extensión del proceso. En las formas tórpidas, de marcha lenta, su empleo ha de ser dirigido con mucha discreción. A dósis regulares y algún tiempo sostenidas, conduce á la depauperación orgánica y es un *coup de fouet*, para la multiplicación de los bacilos, que entónces pueden aparecer en otros órganos anteriormente indémnes. En los sujetos ya debilitados por la tuberculósis ú otras causas, en los predispuestos á sufrirla, que ofrecen á menudo trastornos vários que se relacionan con el empobrecimiento de la sangre, como palpitaciones, neurálgias diversas, febrículas, etc., es sumamente funesta la destrucción globular del líquido sanguíneo, que ocasiona la quinina y que Briquet, entre otros, se ha encargado de probar. Yo nunca uso sino con suma prudencia, un medicamento cuya acción hipostenisante se acentúa más en los organismos achacosos

y empobrecidos. En las localizaciones cerebrales ó meníngeas de la tuberculósis, la quinina obra á título de descongestivo cuando se usa á dósis moderadas; pero tengo por costumbre suspenderla tan pronto como llego á convencerme de su impotencia terapéutica. En las hiperémias meníngeas, que acompañan al período de la dentición y á ciertas enfermedades agudas de la infancia, hiperémias que Bouchut ha calificado con el nombre de pseudo-meningitis primitivas, la quinina obra maravillosamente á dósis de 20 á 50 centígramos, según la edad. Por el contrario, en la pséudo-meningitis por anemia, que son las más frecuentes, el uso del medicamento, tras de ser nulo, es en sumo grado peligroso, porque precipita la terminación fatal. En la práctica acostumbro recordarme á mí mismo semejante resultado, porque las pséudo-meningitis de este grupo, se observan con frecuencia en los veranos húmedos, época en que, si bien en corto número, hacen su aparición los accesos de fiébre perniciosa de localización intestinal extraordinaria y graciosamente exagerados en estos últimos tiempos, por el Dr. Ferreira del Brasil.

Por último, la quinina es ineficáz en la fiébre de orígen sifilítico, en la fiébre de la clorósis, en la fiébre de orígen leucémico, en las fiébres de las histéricas y en la fiébre dentaria de los niños. Llamo la atención sobre la posibilidad de confundir todas estas fiebres con las de orígen palúdico, puesto que afectan á menudo el tipo intermitente con periodicidades regulares. En lo que se ha convenido llamar fiébre traumática, no debe administrarse la quinina, sino cuando se trata de indivíduos que moran en un foco de paludismo ó proceden de él, cuando han padecido la malária, cuando existen pruebas clínicas que autoricen á diagnosticarla, pero no de un modo absoluto en todas las ocasiones.

He terminado mi propósito: las conclusiones que yo debiera consignar ahora me expondrían á concretar de un modo somero é incompleto, un asunto tan vasto como el que acaba de ocuparme. Las ideas que he desenvuelto, los particulares que he ido señalando, la crítica que envuelve mi trabajo, son verdaderas conclusiones de mi experiencia personal, de mis estudios clínicos y del libre exámen de opiniones conocidas.

He hecho mi *profesión de fé* sobre el empleo que debe hacerse de la quinina en la Habana. Ahora deseo conocer la de vosotros en una cuestión de tanta trascendencia para nuestra medicina local.

BIBLIOGRAFÍA.

Maurel.—*Recherches microscopiques sur l' étiologie du paludisme.*—París, 1887.

Maurel.—*Traité des maladies paludéennes á la Guyane.*—París, 1883.

Colin.—*Traité des maladies epidémiques.*—París, 1879.

Colin.—*Traité des fièbres intermittentes.*—París, 1870.

Laveran.—*Traité des fièbres palustres.*—París, 1884.

Kelsch y Kiener.—*Traité des maladies des pays chauds.*—París, 1889.

Corre.—*Traité clínique des maladies des pays chauds.*—París, 1887.

Boux.—*Troité pratique des maladies des pays chauds.*—París, 1889.

Dutroleau.—*Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, París, 1868.

Frerichs.—*Traité practique des maladies du foie.*—París, 1877.

Jaccoud.—*Lecons de clinique médicale, á la Pitié.*—París, 1884.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Moreno de la Torre.

El Dr. Moreno de la Torre: Expone que la quinina le ha dado buenos resultados en la septicémia puerperal. En este, como en otros estados infecciosos, dicha sustancia retarda los movimientos amiboideos de los leucocitos. La quinina le ha sido muy útil también en las paperas; administrada después de un purgante salino, á las dósis de 1 á 3 gramos diarios, contribuye á la desaparición de los infartos glandulares y abrévia el curso de la enfermedad; tal es lo que deduce de experimentos realizados por él en dos grupos de á seis enfermos que sometió á tratamientos comparativos. Respecto á las fiebres perniciosas, está de acuerdo con lo manifestado por el Dr. Dueñas, y agrega, que en una comarca, donde se presentaba la malaria bajo todas sus formas, no vió más que dos enfermos de fiébre perniciosa en un largo período de tiempo.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Montalvo.

El Dr. Montalvo: Felicita al Dr. Dueñas por su honradéz clínica y agrega que hubiera sido preferible limitar ese estudio á las piréxias en que más se emplea la quinina. Señala el olvido de ciertas afecciones quirúrgicas, descritas por Verneuil, como las orquitis y epíxtasis; y termina diciendo que en la fiébre tifoidea, según la última discusión de la Academia de Medicina de París, debe usarse de la quinina como el más seguro de los antitérmicos.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Coronado.

El Dr. Coronado (de Cabañas): Apoyando las consideraciones del Dr. Dueñas sobre las fiébres perniciosas, dijo que le parecía ese término vulgar y que nada esplicaba. En las estadísticas aparecen englobadas bajo ese título un número considerable de fiebres graves de muy distinta naturaleza. Cree que en la Habana no se presentan las fiébres palúdicas sino en condiciones particulares (remociones).

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Delfin.

El Dr. Delfin: Hace referencia á una epidemia de fiébre tifoidea que presenció en el término de los Palacios durante el año de 1884:

tuvo que renunciar al uso de la quinina que no le daba resultado, y por el contrario, curaban más rápidamente los enfermos haciendo uso de otras medicaciones. Observó un caso grave de intoxicación quínica en una niña, que tomó grandes dósis de dicha sustancia.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Plá.

El Dr. Plá: Citó casos de fiébre tifoidea, en que la administración de la quinina fué perjudicial, por lo que solo la usa en raras circunstancias: en las fiébres prolongadas de la infancia tampoco le ha dado resultados el empleo de dicho medicamento.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. García Rijo.

El Dr. García Rijo (de Sancti-Spíritu): Cree que es imposible negar la acción antipalúdica de la quinina; pero también conviene en la necesidad de otras medicaciones para combatir estados viscerales locales que reconocieron por orígen el envenenamiento malárico. Estableció luego sus indicaciones en otros estados patológicos, como el asma y la fiebre urinosa.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Sáenz Yánez.

El Dr. Sáenz Yánez: Sostiene que es preciso disminuir el empleo de la quinina como lo hace el Dr. Dueñas. En la fiebre tifoidea suele dar resultados, según la modalidad y período de que se trate; no debiendo proscribirse en absoluto, ni usarla sistemáticamente en todos los casos.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Vila.

El Dr. Vila (de Cabañas): Hizo referencia á algunos casos de fiebres graves observadas por él, simulando la fiebre amarilla, en los cuales prefiri5 al uso de la quinina, el método dialítico, seguido de buenos resultados.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Bellver.

El Dr. Bellver: Señala las ventajas é incovenientes de la administración de la quinina en la fiebre amarilla.

El Sr. Presidente, Dr. Santos Fernández: Menciona algunos casos de irítis y neurálgias oculares, rebeldes á la medicación quínica, mánifestando también que ha tenido la oportunidad de combatir muchas amaurósis ocasionadas por el abuso en las dósis del medicamento.

Tiene la palabra el Dr. Dueñas para replicar.

El Dr. Dueñas: Contestó al Dr. Moreno que si había abandonado el uso de la quinina en la septicémia, se debía á los insucesos de la medicación: que otras sustancias le habían dado mejores resultados, como lo demuestra la escasa mortalidad que le corresponde en su estadística. En la papera, no la ha usado nunca por no creerla necesaria. Al Dr. Montalvo: que si ha dado cuenta de un gran número de enfermedades, se debe á que figuraban en su estadística y muchas se suponen de orígen palúdico, por cuyo motivo le era necesario ocuparse de todas bajo un punto de vista crítico. Respecto á las orquitis,

epixtasis etc., se ha ocupado de ellas, al tratar de las manifestaciones raras del paludismo. En la fiebre tifoidea, no deja de usarla en casos especiales, en que dá resultado el medicamento, pero quiere consignar que su empleo puede ir seguido de peligros, ó por lo ménos, ser completamente inútil. Es partidario de simplificar la terapéutica en lo que no perjudique á sus enfermos.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. E. López para leer su trabajo.

Tratamiento de las úlceras infectadas de la córnea.

Por el Dr. Enrique López.

Sr. Presidente, Sres.:

El antíguo aforismo que dice: «que lo que no curan los medicamentos, ni el hierro, lo cura el fuego,» es cierto, dentro de la actual doctrina microbiológica. En las últeras *infectadas* tenemos la prueba.

Nosotros consideramos de escaso valor clínico la diversidad de tipos descritos por los autores para las úlceras de la córnea. En nuestro concepto no existen más que dos formas esenciales: la *úlcera simple* y la *úlcera infectada.*

Cualquiera que sea la causa determinante de una úlcera, que esta sea superficial ó profunda, redonda ó alargada, y que el sujeto sea ó no diatésico, la marcha del padecimiento dependerá única y exclusivamente de la infección ó no infección de la solución de continuidad; y, en consecuencia, el tratamiento solo debe obedecer á estas dos variedades.

La *úlcera simple* tiene el fondo y los bordes limpios, transparentes, y cicatriza fácilmente mediante un tejido blanco de nueva formación, acompañado de un cortejo inflamatorio, de ordinario poco intenso. Por tratamiento, solo requiere la limpieza de la porción ulcerada y, sin más medicación, cura rápidamente.

La *úlcera infectada* es grave; aumenta en proporciones alarmantes á pesar de cualquier tratamiento farmacológico y termina por la perforación y destrucción de la membrana transparente y la pérdida de la vista.

Se reconoce por tener el fondo recubierto de una sustancia pútrida amarillenta, que no desprenden los lavados. Esta sustancia se extiende por el tejido propio, determinando una zona túrbia de infiltración al rededor de la úlcera y despegando los bordes, que se tornan blanquecinos por las necrósis del tejido. Estas úlceras profundizan y se extienden con rapidéz; se complican de aparato inflamatorio alarmante: la conjuntiva está notablemente inyectada; el humor acuoso, túrbio;

con frecuencia se deposita un hilo de pus en la cámara anterior; el íris está perezoso, la vista muy disminuida, los dolores son intensos, la fotofóbia marcada, y en este momento se teme una linfangítis anterior, que, con la destrucción de la córnea, arrastre consigo la pérdida del órgano de la vista.

Esta forma de úlcera requiere un tratamiento inmediato y enérgico. Insistimos en que la medicación farmacológica, hasta hoy conocida, es impotente para detener su marcha destructora. La cirujía ha sido más afortunada. Saemisch propuso la incisión de la córnea á través de la úlcera y con ella obtuvo buenos resultados. Esta práctica fué desde entónces universalmente aceptada. Sin embargo, bien conocidos son los inconvenientes de semejante operación. Es difícil hacer la reapertura diaria de la cámara anterior en un ojo inflamado y luego los peligros de enclavamiento del íris, cuando no otros mayores. Por lo demás, esta operación es poco racional.

Yo recurro á la cauterización ígnea en todos los casos de úlcera infectada. El remedio es radical. El modo más cómodo de proceder es con un hilo del gálvano-cauterio, que se pasea por toda la extensión de la úlcera, teniendo especial cuidado en destruir el borde blanco. La cauterización se aplica inmediatamente después de reconocido el carácter infeccioso de la úlcera y se repite al tercero ó cuarto día, si la primera no ha sido bastante eficáz.

El objeto de este tratamiento es destruir los gérmenes infecciosos; transformar, por consiguiente, la úlcera en simple.

Obtenido este resultado se consigue la cicatrización con la asépsia, lociones de ácido bórico, salicílico, etc.

Véanse dos ejemplares de nuestro modo de proceder.

Una mujer de 42 años, maestra de escuela en el campo, padece una úlcera infectada en forma de surco profundo á lo largo del tércio inferior de la córnea.

Como los remédios habituales no determinan la marcha invasora de la enfermedad, hago una cauterización con el hilo del gálvano-cauterio; lo repito á los cinco días, y obtengo la curación en la semana siguiente.

Un pailero, de 26 años, se hace extraer un cuerpo extraño metálico, que había estado implantado vários días en la córnea derecha. Desde el día siguiente había violenta infección conjuntival, abundancia de moco-pus recubriendo una úlcera profunda, limitada hácia el centro por un ancho borde blanquecino, íris hiperemiado, cámara anterior túrbia, dolores periorbitarios.

No siendo posible limpiar la úlcera, practico con energía la cauterización al rojo en toda la porción enferma. Mejoría rápida. Curación en doce días.

El Sr. Presidente: Se abre discusión sobre el trabajo que se acaba de leer y tiene la palabra el Dr. Montalvo para argumentar.

Dr. Montalvo: Después de manifestar que se halla de completo acuerdo en el tratamiento de las úlceras infecciosas de la córnea por el fuego y la antisépsia, cita cuatro observaciones propias en corroboración de su buen resultado.

Dr. Santos Fernández: Cree que el grado de infección y el tiempo que tenga de verificada influyen en el resultado.

Acepta el tratamiento ígneo-antiséptico y manifiesta que el salol, usado por su ayudante, Dr. Acosta, dió resultado en un caso, siendo negativo en otro.

El Sr. Presidente consulta al Dr. López si deseaba replicar y habiéndole manifestado que nó, dá por terminada la sesión y convoca para el día siguiente á las doce y media de la tarde.





SEPTIMA SESION.

(20 de Enero —12½ tarde.)

El Dr. Santos Fernandez (Vicepresidente) abre la sesión.

El Secretario, Dr. B. Sáenz Yánez, dió lectura al acta de la anterior, que fué aprobada por unanimidad, después de una breve rectificación del Dr. Barrena.

El señor Presidente: tiene la palabra el Dr. Menocal para leer su trabajo:

Contribución al tratamiento de las úlceras disentéricas del recto.

Por el Dr. Raimundo Menocal.

Señores:

En este trabajo me propongo exponer las consideraciones que me ha sugerido el tratamiento de una série de casos de ulceraciones disentéricas del recto y el éxito obtenido.

Sabido es que el recto es el órgano en el cual se localizan finalmente las lesiones anatómicas propias de las formas crónicas de la disentería. Contribuyen á mantener indefinidamente este estado crónico las condiciones de septicidad, debidas, por un lado, á la de su papel de receptáculo de las materias excrementicias de la digestión, por otro, á la presencia constante de un gran número de bacterias, normales y patógenas en el interior de las glándulas en tubo, ulceradas ó no, y en las pséudo membranas superficiales (Cornil) propias de la rectitis.

Los casos que hemos tenido ocasión de tratar últimamente y cuyas historias clínicas reasumidas presento, son los siguientes:

1º Don F. Delgado, casado, de 45 años, talabartero, disentería aguda, contraída en el mes de Noviembre del 86. Se presenta á nosotros en el mes de Junio del 87 en situación intolerable por una fisura del ano, y con ella los síntomas de una disentería crónica con ulceraciones de la pared anterior del recto. Tratamiento: dilatación forzada del ano, prévia anestesia. Después: aplicaciones locales á las úlceras rectales de tintura de yodo fenicada, tres veces á la semana, empleando ántes irrigaciones abundantes de agua fenicada al dos por ciento. Curación completa en el mes de Octubre.

2º Don M. M. de 32 años, soltero. Disentería aguda, contraída en el campo en Enero de 87. Lo vemos por vez primera en Junio, después de una estación en Isla de Pinos, que nada lo mejoró y de un tratamiento interno metódico y severamente continuado. Tenesmo constante que imposibilita sus muchas ocupaciones. Fisura anal posterior. Tratamiento: dilatación forzada del ano, prévia anestesia. Un exámen ulterior demostró la existencia de tres ulceraciones de la pared anterior del recto, que desaparecieron con las aplicaciones, durante un mes, de ácido fénico, con irrigaciones antisépticas. Curación.

3º Don M. C. y de F., soltero, de 26 años, disentería aguda á mediados de Julio del 76, de corta duración. Nuevo ataque el 85, en el mes de Diciembre, que se hizo crónico hasta el mes de Agosto del 87. Al exámen rectal encontramos una ulceración en la pared anterior, rectilínea, que se prolongaba hasta cerca de la márgen del ano. Tratamiento: aplicaciones de tintura de yodo fenicada al principio, que en nada la modificaron, después con ácido nítrico monohidratado, con abundantes irrigaciones. Curación completa en el mes de Noviembre.

4º Don M. M. de 29 años, reside en el campo, Punta Brava, dónde adquiere una disentería aguda en Febrero del 87 y desde esa época hasta el mes de Junio, que lo vimos por primera vez, presentaba tenesmos intolerables por una fisura posterior del ano, que cedió á la dilatación forzada. Comprobamos más tarde la presencia de una úlcera rectal en la pared anterior, crateriforme y profunda. Le practicamos cauterizaciones locales con una solución de nitrato de plata al diez por ciento, sin lograr la curación. En el mes de Agosto cauterizamos la úlcera con el termo cauterio de Paquelin. Curación.

5º Don G. M. y M. de 18 años, soltero, reside en el ingenio «Las Cañas,» Alfonso XII, donde adquirió una disentería en el mes de Febrero del 88, que se hizo crónica. Empezamos á asistirlo en Julio del mismo año. Tres ulceraciones rectales en la pared anterior al nivel de la próstata. Rectitis con exudados pséudos membranosos. Siete apli-

caciones locales de solución de nitrato de plata al diez por ciento. Curación.

6º Don G. M., comerciante, casado, de 30 años; disentería aguda, contraída en Güines el 88: crónica después. Siete meses de duración. Aplicaciones de la solución de nitrato de plata en número de diez. Curación.

7º Niño J. S. de 4 años. Disentería crónica de nueve meses de duración. Erosiones rectales que desaparecieron por cinco aplicaciones de la solución de nitrato de plata.

8º D. R. García, cartero, de Quivicán. Disentería crónica de catorce meses de duración. Extensa úlcera rectal crateriforme, que dejaba percibir la capa musculosa. En el mes de Junio del corriente año cauterización con el termo, repetidas después á los cinco días. Curación.

9º Niño P. A. de tres años y medio. Disentería crónica de cuatro meses de duración. Al exámen encontramos rectitis y una pequeña erosión de la pared anterior, que desapareció después de una sóla aplicación del termo. Irrigaciones antisépticas repetidas por un mes. Curación.

10º Don J. D. de Bolondrón, casado, de 35 años. Disentería de 18 meses de duración. Estación en Isla de Pinos sin resultado. Tres ulceraciones profundas de la pared anterior. Dos aplicaciones con termo-cauterio é irrigaciones antisépticas. Curación.

En cuanto á la sintomatología, todos estos enfermos han presentado los caractéres propios á la disentería crónica, sobresaliendo por su constancia y pertinacia: las diarreas de aspecto gelatinoso, sanguinolentas, más ó ménos líquidas y espumosas, mucosas y homogéneas, fétidas. Más ó ménos variables en número, pero siempre frecuentes, cuando ménos, cinco en las veinte y cuatro horas; sobre todo, por la mañana. Con tenesmo intenso en los casos en que existían fisuras ó hemorroides. Sin tenesmo, con solo sensación de ardor, en el caso contrario. Con tenesmo vesical casi constante.

Demacración considerable.

Con más ó ménos meteorismo.

El hígado siempre aumentado de volúmen y doloroso á la presión.

Al exámen local, por medio del spéculum de Sims, ó la valva de Simón, encontramos constantemente el recto ocupado por la diarrea propia. Y en este hecho es en el que nos apoyamos principalmente para darle una importancia de primer órden al tratamiento local directo. Después de practicar un lavado conveniente y secar la superficie de la mucosa rectal con algodón, hemos descubierto las ulceraciones, variables en número, que ocupaban en todos los casos la pared anterior.

Las ulceraciones siempre han presentado una forma serpiginosa, de bordes fungosos, de fondo gris, sangrando al menor contacto (úlceras foliculosas).

El resto de la mucosa rectal, hasta los límites del esfínter externo, se presentó siempre con síntomas de inflamación en mayor ó menor grado (rectitis). La mucosa engrosada, infiltrada, cubierta de exudados pséudo membranosos en los casos recientes.

Infarto de los gánglios mesentéricos.

Tenemos, pues, nueve casos de disentería crónica de 20, 18, 17, 14 y 6 meses de duración en enfermos anteriormente sometidos á tratamientos diversos, internos, con enemas de nitrato ds plata, de tintura de yodo (Delioux), estaciones de aguas minerales, etc.; y que solo han curado radicalmente con las aplicaciones locales directas. Y, como especialmente hago observar, con las cauterizaciones, con el termo cauterio de Paquelin, es, como más rápidamente hemos logrado hacer desaparecer las ulceraciones disentéricas del recto, y con ellas, la diarrea propia.

Este tratamiento local, metódicamente practicado, evita á dichos enfermos las complicaciones ulteriores de la disentería crónica, tan frecuentes en nuestro clima. Y entre ellas, adquiere una importancia capital por su frecuencia y gravedad, la hepatitis supurada, cuya patogénia, bien conocida, es debida al trasporte de los materiales sépticos intestinales por la vía linfática ó venosa.

Las estrecheces rectales, de cuya penosa afección hemos tenido ocasión de tratar por la electrolísis dos casos: una jóven de quince años y un niño de seis.

La diarrea, que en algunos pacientes persiste por un plazo más ó ménos largo, aun después de haber sido curados de las úlceras rectales, de color más ó menos amarillo y expresión de un catarro intestinal más ó ménos generalizado, ó de una congestión hepática; pero que cede fácilmente á un tratamiento dietético ó medicinal, y entre los que encuentra en nuestra práctica más éxito, es el antiséptico intestinal, solo ó asociado al astringente, dándole preferencia al tanino asociado al naftol.

En todos los casos hemos seguido la técnica siguiente:

Colocado el enfermo en la posición de la talla, bien al borde de la mesa ó del sillón, aplicamos la valva mediana del spéculum de Sims, ó la de Simón, en el recto y deprimimos alternativamente las paredes anterior y posterior para explorarlas. Definitivamente colocado el spéculum en la pared posterior, pues, como ya hemos tenido ocasión de decirlo, en la anterior es dónde casi siempre se encuentran las ulceraciones, practicamos una irrigación abundante de la cavidad rectal con la jeringa de fuente americana. Una vez lavado el recto,

secamos la mucosa con algodón absorbente, llevado con una pinza ó un porta algodón.

En los casos de mediana intensidad tocamos las ulceraciones con un algodón ó pincel empapados en la solución de nitrato de plata, diez por treinta, ó con la tintura de yodo fenicada. En los casos graves y de úlceras profundas, empleamos el cuchillo mas fino del termo cauterio llevado al rojo, seguido de irrigaciones abundantes de agua fría.

Obligando al enfermo á hacer esfuerzos de defecación pueden examinarse fácilmente las porciones más elevadas del recto y las inferiores de la S. ilíaca.

Empleando el termo, cuando más hemos necesitado hacer tres aplicaciones. Con los tópicos líquidos cuando ménos seis.

La aplicación del termo no ha sido seguida nunca de ningún accidente.

Recomendamos á los pacientes, durante y algún tiempo después del tratamiento, el uso, por tres veces al día, de irrigaciones rectales abundantes de agua fenicada al uno por ciento ó simplemente de agua y vinagre una parte por tres de agua. Una alimentación reparadora y el uso de los antisépticos intestinales después de la comida.

Con la desaparición de las úlceras coincide la de la rectitis, adquiriendo la mucosa su coloración normal.

Un hecho constante que hemos observado, sobre todo, después de las aplicaciones del termo, es la desaparición rápida de la diarrea gelatinosa y de las hemorrágias rectales, cuya presencia constante, hace, así como á su abundancia, inútil el empleo de las sustancias medicamentosas cuando se usan simplemente bajo la forma de enemas, haya ó no defecado el enfermo, ántes de usarlas, pues hemos observado que la desecación de la cavidad rectal sólo se obtiene después de várias irrigaciones abundantes y del algodón absorvente

Creemos, pues, por las anteriores observaciones, poder formular las conclusiones siguientes:

1º La disentería tiende en su forma crónica á localizarse exclusivamente en las últimas porciones del intestino, sobre todo en la cavidad rectal.

2º El tratamiento local directo, sobre todo con el termo-cauterio, debe aplicarse siempre en las formas crónicas de la disentería, y es el único que puede triunfar de esta afección, evitando las complicaciones ulteriores, siempre gráves, de la disentería crónica.

Ocupa la Presidencia el Dr. Zayas y concede el uso de la palabra al Dr. Bellver para argumentar.

El Dr. Bellver: Pregunta qué resultados ha obtenido el Dr. Menocal con el uso del naftol para evitar la infección estercorácea.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Casuso.

El Dr. Casuso: Manifiesta que no guarda relación la segunda conclusión con el número de enfermos en que ha empleado el térmo-cautério; pues solo ha hecho uso de él en tres casos de los diez que refiere, y, por lo tanto, no debe recomendarlo como tratamiento general. Cree que la irradiación del calor puede producir una estrechéz consecutiva si se opera dentro de la cavidad rectal, y respecto á las fisuras, que llegan á desaparecer con un tratamiento antiséptico. Pregunta si ha habido algún caso de prolápso.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Barrena.

El Dr. Barrena: Pregunta si quedan ó nó estrecheces del recto y si éstas son reparables.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Menocal para replicar.

El Dr. Menocal: Dice que el naftol le ha dado siempre excelentes resultados; que solo ha empleado el termo-cauterio en los tres casos que ha visto desde el año de 1888, pues los demás pertenecen á una época anterior; que las ulceraciones son pequeñas, las cauterizaciones superficiales y no hay temor á la irradiación del termo; que no ha habido prolapso rectal y no ha quedado ninguna estrechéz despues de las operaciones.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. López.

El Dr. E. López (Secretario): Da lectura á un oficio del Sr. Presidente de la Academia de Ciencias, invitando para la sesión extraordinaria, que en honor del Congreso, celebrará en la tarde del día 23, y en la que el Dr. Montalvo habrá de disertar sobre «Patología comparada.»

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Casuso.

El Dr. Casuso: Expone, en nombre de todos los sócios presentes, que el Congreso acoge con benevolencia la invitación de la Academia, agregando que todos se hallaban en el deber de asistir á la sesión indicada.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. López.

El Dr. López: Recuerda que la Academia facilitó sus salones y museos en obsequio del Congreso, tan pronto como fué solicitada su valiosa cooperación.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Torralbas.

El Dr. Torralbas: Manifiesta en nombre de la Academia, cuya secretaría desempeña, que ella no podía ver con indiferencia la realización del primer Congreso médico cubano, y que la Academia se complacía en recibir fraternalmente á los compañeros del interior, en cuyo obsequio celebrará una sesión extraordinaria, escogiendo á uno de sus miembros más distinguidos para llevar la palabra en dicho acto.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Coronado.

El Dr. Coronado (de Cabañas): En nombre de todos los médicos

que ejercen en el interior de la Isla, hace constar su agradecimiento á la Academia.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Neyra para leer su trabajo.

Albuminuria de los primeros meses del embarazo.—Tratamiento.

Por el Dr. Alejandro Neyra (de Cabañas.)

Señores:

Es un hecho bien sabido que el embarazo coloca la sangre en condiciones especiales de cantidad y calidad y que esas condiciones son las que constituyen las causas predisponentes de la albuminuria. Durante el embarazo la sangre se reparte con irregularidad y está modificada en su constitución. Así como hay plétora pulmonar, puede haber plétora renal, y, como consecuencia de esta congestión, puede venir el desquilibrio anatómico y funcional del riñón. Añádase á esto que el riñón puede venir padeciendo, al sobrevenir el embarazo, y tendremos que admitir dos clases de albuminuria.

1º Albuminuria propiamente dicha del embarazo.

2º Albuminuria con lesión renal.

No debemos admitir más que esas dos formas en los primeros meses y no se me oculta que el útero grávido, cuando llega á su mayor desarrollo, puede originar de un modo mecánico la congestión renal; pero en este caso ya no sería albuminuria de los primeros meses, como no lo es la albúmina que se llama del trabajo; es decir, la que se presenta durante el acto de la parturición ó se inicia algunos días ántes.

Trataré primero de describir la albuminuria, propiamente dicha, que llamaremos, con los prácticos modernos, albuminuria gravídica.

Asombra mucho el número de teorías que la ciencia registra para explicar el mecanismo de la albuminuria gravídica. Antes de cansar vuestra atención con la exposición detallada de esas teorías voy á presentaros un cuadro de los veinte y seis casos de albuminuria en que he hecho recaer mis observaciones, para exponeros despues algunas deducciones hijas de mi observación.

- Primíparas.... 18
  - 12.—1os. meses
  - 6.—Ultimos meses y trabajo..........
  - 16.—De 16 á 23 años.............
    - 5.—Muerte por eclámpsia en el parto á término.—Muerte de la criatura.
    - 6. — Llegadas á término sin eclámpsia........
      - 4.—Muerte de la criatura.
      - 2.—La criatura ha vivido.
  - 2.—De 23 á 24 años ....
    - 3.—Muerte por eclámpsia en parto prematuro. — Muerte de la criatura.
    - 4.—Se ha presentado el aborto de los 4 á 6 meses y han curado.
- Multíparas..... 8 De 24 á 40 años
  - 4.—Con lesión renal preexistente ....
    - 3.—A término....
      - 2. — Muerte por eclámpsia.
      - 1. — Vive aún.
    - 1. —Muerte á los 6 meses del último parto por nefritis parenquinatosa.
  - 2.—Albuminuria por 2ª ó 3ª vez. La albúmina ha desaparecido de 2 á 3 meses despues del parto, la criatura ha vivido.
  - 2.—Albúmina por 1ª vez.—En las 2 ha vivido la criatura en el parto á término.

Debo hacer presente que en ninguna de las primíparas que cito en este cuadro he podido hacer observaciones con anterioridad á sus embarazos.

En tres de las cuatro que aparecen con lesión renal preexistente, no puedo tampoco asegurar que esa lesión haya venido como consecuencia de albuminurias gravídicas repetidas ó por causas agenas al embarazo. Una de estas multíparas tengo la convicción de que ha adquirido con sus albuminurias gravídicas una nefritis parenquimatosa.

Del cuadro que os presento deduzco que la albuminuria gravídica es frecuente en nuestro clima y que se presenta más en las primíparas.

No doy, como dan Regnault y Devillers, gran importancia á la edad. Las 18 primíparas que he visto eran recien casadas y entre nos-

otros la muger se casa muy jóvén. Por eso da mayor contingente la muger de 15 á 23 años: más importancia parece tener la primiparidad.

En la obra de Cazeaux, ántes que la revisara Tarnier, se lee un artículo sobre la albuminuria, que cuando uno es estudiante y lo lee por primera vez se entusiasma y cree explicado el problema de la albuminuria gravídica. Los trabajos de A. Robin y las ideas que Cazeaux añade sobre las condiciones de la embarazada y el exceso de tensión en los vasos renales parece explicar el paso de la albúmina á las orinas por el hecho que aquellos eminentes hombres llamaban la *plétora serosa*.

La *plétora serosa* de Cazeaux es la *seromuria* de Peter, descrita con esa bella literatura médica y esos razonamientos tan concisos del clínico de la Pitié. He aquí sus palabras:

«Hay hiperemia funcional exagerada en el riñón; quien dice hiperemia, dice mayor presión vascular en el riñón, y quien dice mayor presión, dice filtración posible, ciega, insensata del suero de la sangre. Esa es la *seromuria*.»

Pero no bastaba á los clínicos esa teoría porque no explica todas las albuminurias.

Raylli, en un artículo publicado en el Diccionario de medicina y cirugía práctica, combate la teoría y expone que la poliemia serosa nada explica, porque hay algunas mugeres fuertes y vigorosas que sin aspecto de poliemia mueren en muy pocos días de albuminuria con eclámpsia consecutiva.

El hecho me parece exacto.

No quiero pasar por alto esa ingeniosa teoría que se llama de la *superalbuminosis*, cuyo defensor más esforzado ha sido Gubler. Se admite en la sangre de la muger embarazada un exceso de albúmina, que es la sustancia protéica encargada de nutrir el feto. Unas veces la madre fabrica mucha albúmina, otras veces el feto consume poca, y de este desequilibrio viene la albuminuria. Esta teoría, apoyada por las albuminurias artificiales que hacía A. Bernard, inyectando albúmina en la sangre y por las experiencias de Schiff, no es aceptable, porque según ellas debiera haber muchas albuminurias, y porque en los primeros meses del embarazo es poca la nutrición del feto para invocarla como causa productora. En el cuadro que ántes he citado hay tres mugeres que presentaron albúmina á los tres meses y una en la cual comprobé indicios de albúmina á los tres meses. Como dice Hypolitte, si la teoría fuera exacta, todas las embarazadas tendrían albúmina y las estadísticas de Dumas, solo dan un caso por cada 5 ó 6 embarazadas.

No bastan esas teorías; es forzoso admitir que el embarazo algunas veces provoca lesiones renales que se manifiestan por la albuminuria.

Esa es la nefritis albuminosa defendida por los alemanes. Pero no hay que generalizarla, por que las autópsias de Charpentier han probado que en muchas eclámpticas y albuminúricas no hay lesión renal.

En resúmen, en todas las teorías hay una albuminuria que escapa á las explicaciones. Se hace necesario buscar lo que esas teorías tienen de aceptables para englobar en dos clases todas las albuminurias gravídicas de los primeros meses.

1º Albuminuria por alteraciones de la sangre, y en esta admitir todas esas condiciones del embarazo que favorecen la aparición de la enfermedad.

2º Albuminuria por lesión del riñón, y en estas la lesión puede preexistir ó puede estallar en el mismo embarazo, porque él predispone y la causa ocasional puede venir de fuera.

Debo ocuparme ahora de los síntomas de la albuminuria gravídica. Salta á la vista que el primero y más importante es la presencia de la albúmina en la orina y creo que no debo mencionar nada de los procederes para la investigación de esa sustancia, procederes que son ya harto conocidos. Hay además modificaciones en la cantidad de orinas, en la de urea y en las densidades. He hecho diariamente el análisis de las orinas de 24 horas de cinco mugeres primíparas del 5º al 7º mes de embarazo.

Os presento uno de los modelos de esos análisis y deduzco de ellos que no son tan grandes las modificaciones de la urea como pretenden algunos autores, pues las cifras menores son de 12,790 m. de grano por litro de orina, aunque es verdad que mis cinco enfermas estaban sometidas al tratamiento que preconiza Charpentier y esto debió influir en las cantidades emitidas de orina y en las proporciones de la urea. La densidad ha sido disminuida y la reacción siempre ácida.

Examiné varias veces al microscópio los sedimentos de las orinas de estas mugeres y obtuve como resultado de mis exámenes:

1º Cristales de fosfato amónico-magnesiano.

2º Células epiteliales en gran cantidad.

3º Cilindros hyalinos en corto número.

4º Escasísimo número de cilindros gránulo-grasosos.

No he visto, pues, esa riqueza de cilindros hyalinos, fibrinosos y serosos que consignan algunos observadores y más que ninguno Tarnier.

En las orinas de las que tenían lesión renal preexistente, comprobé el cilindro gránulo-grasoso, y, como es natural, aproveché ese signo como elemento de pronóstico grave, porque es indudable que revela la lesión del epitelio renal.

El edema es un signo que llama siempre la atención y es, puedo

decir, el que da el grito de alerta en las embarazadas. Empieza por los piés y regiones maleolares.

Siempre se le nota en la cara y sobre todo en los párpados y dá á las mugeres ese aspecto abofado.

En la obra de Chourchill se nota una confusión entre la albuminuria gravídica y el edema de las embarazadas en los últimos meses del embarazo.

Plaifair liga este síntoma á la hidroemia y dice que puede llegar á la ascitis y al derrame pleurítico: á mi juicio le da demasiada importancia.

Las hemorragias por la mucosa de Schneider suelen presentarse, pero nunca las he visto abundantes.

Casi todas las albuminúricas tienen cierto grado de dispépsia acompañado de epigastrálgias intensas. En mis notas se encuentran diez mugeres que han presentado este síntoma de una manera desesperante. La sed es constante. El pulso casi siempre es pequeño y frecuente.

Hay un hecho importante y es que la albuminuria gravídica predispone de una manera notable al aborto y para explicarlo no se puede apelar á la denutrición del feto, porque á veces vemos á las albuminúricas tener hijos robustos.

Todos los abortos me han parecido siempre producidos por desprendimientos de la placenta y nunca he tratado de detenerlos.

Pueden presentarse trastornos de la vista y estos son más frecuentes en las que tienen lesiones renales anteriores al embarazo. Es la retinitis albuminosa.

La duración es muy variable y lo que más extraña es que á veces se nota la desaparición completa de la albúmina para aparecer durante el trabajo.

La mayor gravedad la constituye la aparición de la eclámpsia, que puede estallar durante el embarazo, durante el trabajo ó en el puerpério. Mi ánimo no es penetrar en las diversas teorías de la eclámpsia, ni el de seguir el largo camino de razonamientos que tienden á hacer de la eclámpsia y la uremia con sus diversas formas una misma cosa.

Deseo ocuparme ahora del tratamiento y no creo que deba enumeraros todos los que registra la ciencia, sino citar sólo el que he empleado, creyendo obtener con él mejores resultados, inspirado en las ideas de Tarnier y Charpentier, para colocar de este modo la cuestión bajo el punto de vista clínico.

Este tratamiento consiste en el régimen lácteo absoluto, empezando por un régimen mixto para habituar á la enferma; pero instituyéndolo desde el principio si la gravedad del caso lo requiere. Al

régimen lácteo, añado los purgantes salinos: sulfato de sosa, de magnesia ó aguas minerales.

En seis de las mugeres que aparecen en la estadística del principio, he logrado instituir el régimen absoluto; en ninguna se presentó la eclámpsia y en todas disminuyó la albúmina á los cuatro ó cinco días de empezar el tratamiento.

Cuando se presentaban en mis enfermas síntomas alarmantes venía á mi imaginación, como creo que le sucederá á todo médico, la tan debatida cuestión del aborto ó el parto artificial, según las épocas de la gravedad.

Depaul, Joulin, Plaifair, Schrœder y Brawn, admiten el aborto. Tarnier es, quizás, el defensor más fuerte.

Antes que médicos somos hombres de sentimientos y á todos nos ha de parecer duro y repugnante cooperar á un aborto. Confieso, pues, que leí la obra de Tarnier con ideas preconcebidas; pero afirmo con la satisfacción en la conciencia, que esos escrúpulos morales los hubiera ahogado si las razones de Tarnier me hubieran parecido convincentes.

«Si la albuminuria se agrava, si los fenómenos de eclámpsia amenazan present arse, se debe provocar el aborto ó hacer el parto forzado»—así dice Tarnier.

¿Y quién nos asegura que no colocamos á la enferma en más graves condiciones provocando el aborto?

Yo creo, como resultado de mis observaciones y de investigaciones que todavía considero incompletas, que la eclámpsia es una infección secundaria, que lo mismo puede estallar en un niño, como en un icteróideo, como en una muger embarazada. Para mí el órden en que están colocadas las buenas condiciones para adquirir la eclámpsia, como infección secundaria, es el siguiente:

1º Aborto ó trabajo del parto.

2º Embarazo.

3º Puerperio.

Si provocamos el trabajo, no haremos más que adelantar el riesgo para la infección.

Una muger que asistí á principios de Enero del 89, presentó hácia el quinto mes de embarazo, gran cantidad de albúmina, edema de los piés y de la cara, y neurálgias fuertes de forma supra-orbitaria.

Fué sometida al régimen lácteo severo y á los purgantes salinos. Esta muger mejoró notablemente y hubo días en que el albuminímetro de Esbach casi no señalaba albúmina. El aborto se presentó por desprendimiento placentario y la muger, al mes y medio de su aborto, presentaba sus orinas completamente normales.

El 23 de Octubre fuí llamado con urgencia. Estaba nuevamente

embarazada de 5 á 6 meses. Tenía un aspecto clorótico muy marcado y chocaba en seguida el abultamiento edematoso de sus párpados.—Había tenido desde hacía cuatro días neurálgias supraorbitarias agudísimas, que le hicieron consultar á otro facultativo, el cual indicó dósis fuerte de quinina. Si fuera de oportunidad hablaría de los efectos de la quinina en el embarazo.

Ese día la enferma había tomado gramo y medio de bromhidrato y tengo para mí que la quinina provocó allí la contracción de las fibras lisas del útero. El aborto había empezado de lleno, el cuello estaba dilatado, las contracciones se repetían é iba á expulsar el feto. Extraje con la sonda 220 gramos de orina, que reconocí al calor y comprobé grandes copos de albúmina.

No había notado ningún signo nervioso. El aborto se efectuó pronto y ántes de una hora estalló un horrible acceso eclámptico de los más brutales que he visto.

Los accesos se repitieron y la muger sucumbió en pocas horas á pesar de las sangrías, de los enemas de cloral y del cloroformo.

A la mañana siguiente la orina me señaló en el ureómetro de Thyerri 7.524 gramos de urea por litro, á los 25° de temperatura. Recordad que no tenía más que 220 gramos de orina.

Considero este caso como un aborto provocado y al aborto como una causa ocasional de eclámpsia.

Creo que en esta enferma, por el exámen de las orinas, por el complexo sintomático y por sus antecedentes, debió diagnosticarse: «albuminuria gravídica discrásica,» y suministrarle salinos y un régimen lácteo severo, como en su primer embarazo.

Voy á citaros en pocas palabras otra historia.

La señora Dª A. M. de C.—Multípara, con una nefritis parenquimatosa anterior al embarazo. Tenía 8 meses y presentaba un cuadro alarmante. Sus edemas eran considerables, fuertes epigastrálgias y trastornos de la vista. Mucha albúmina; hubo que diluirla para ponerla en el albuminímetro. El insómnio se acentuaba cada vez más y algunos sígnos nerviosos habían hecho pronosticar á los facultativos de cabecera que la eclámpsia sería el término de aquellos trastornos.

Se había provocado una junta de seis profesores con objeto de proponer el parto artificial. Después de largas discusiones, se convino en esperar y someter la enferma al régimen lácteo.

El cuadro disminuyó algo y á los 25 días se inició el parto. Se volvieron á reunir los seis profesores para aquel momento tan temido y lo que presenciamos fué un parto rápido y fisiológico. La madre murió á los ocho meses por los estragos de la nefritis y el niño aún vive.

No sé hasta qué punto estoy autorizado para decir que si hubié-

ramos provocado el parto, quizás en el trabajo se hubiera presentado la eclámpsia. A esto añadíd que el manual operatorio de esas provocaciones es siempre largo, infiel y de lo más desesperante que hay·

Después de todo, ¿quién da la medida de la gravedad para intervenir? Si los edemas aumentan, la albúmina es considerable y se presentan trastornos de la vista y se inician los signos nerviosos, todavía creo que se puede conseguir mucho del régimen lácteo y los purgantes.

Pudiera citar seis observaciones de mugeres, sometidas á este tratamiento, que llegaron á término y en dos de ellas la criatura ha vivido. Siempre el albuminímetro me marcó descenso en la albúmina ántes de los cuatro días y la gravedad es sabido que está en razón directa de la cantidad de albúmina.

Si la albuminuria es ligera, no hay que pensar en el aborto. Si la albuminuria es grave, creo que se debe tratar de aplazar el trabajo para colocar á la enferma en mejores condiciones de pasar ese conflicto.

A lo que más le temo en la albuminuria es al trabajo del aborto ó del parto. Mi mayor preocupación es preparar á la enferma para esos momentos y hacerla ménos apta para la infección.

Siempre he creído que provocar el aborto ó el parto, es jugar el todo por el todo. ¿Hay albúmina? pues hay probabilidades de eclámpsia. ¿Se agrava la enferma? pues provoquemos el momento malo para que, si ha de venir el enemigo, cuanto ántes venga, y no nos torture esperando el peligro. Esta parece la cuestión.

Pues bien, me declaro enemigo del aborto y del parto forzados y en todas mis enfermas esperaré á que ellos se inicien, y si no los contengo ó trato de contenerlos, una vez iniciados, es porque creo que no es posible y que, con mayor ó menor lentitud, marcharán á su terminación.

No he presenciado más que un parto forzado á los ocho y medio meses de embarazo. Se había colocado la esponja preparada, se habían puncionado las membranas y no recuerdo la larga lista de recursos que se emplearon para dilatar bien el cuello y hacer una aplicación en el estrecho superior.

Mucho tuvimos que esperar y desesperar y al fin la enferma sucumbió de eclámpsia, después de abundantes hemorrágias.

Juzgad si estaré bien preparado para admitir el parto artificial.

Cuando el aborto ó el parto se inician, como dije ántes, no trato de contenerlos; ántes al contrario, trato de precipitarlos y apelo á cuantos recursos me preste la ciencia. En cuanto el cuello está dilatado, por ayudar la expulsión, si es un aborto, ó colocar el fórceps ó hacer la versión. La eclámpsia siempre inicia el aborto ó el parto.

Si se me preguntara por qué espero á que el trabajo venga, contestaré:

1º Porque la eclámpsia no es segura y todas las albuminúricas no son eclámpticas, sino que son enfermas en condiciones para recibir una infección. Esas condiciones son las que hay que combatir.

2º Porque el trabajo del parto ó del aborto, es, á mi juicio, el momento de más peligro para recibir esa infección: mientras más albúmina y ménos urea, más predisposición.

3º Porque creo que el régimen lácteo y los salinos disminuyen la gravedad y la predisposición.

4º Después del aborto ó del parto, la predisposición continúa.

Después de mis observaciones, cuando he visto que Moricke, uno de los más decididos defensores del parto y del aborto, se ha sometido y que Schröeder no se sabe lo que piensa, me convenzo de que siempre es necesario esperar. Y hoy me atrevería á extender mis ideas hasta todas las demás indicaciones del aborto y del parto artificiales.

Dije que no se sabe lo que piensa Schröeder y lo sostengo, aunque esto parezca una imputación temeraria y arriesgada, porque demasiado sé, que entre Schröeder y yo hay un abismo de diferencias y un abismo á su favor; pero es lo cierto, porque para muchos este autor es partidario del aborto y del parto; y sin embargo, en una carta dirigida no hace mucho á un ilustrado comprofesor, el Dr. Casuso, consigna estas palabras: «Provoco el aborto, más que por la albuminuria, por devolver al riñón su integridad.» Y yo me pregunto ahora: ¿Pretenderá Schröeder curar las nefritis con el aborto?

Para terminar, creo que en las albuminurias gravídicas nunca debe provocarse el aborto ó el parto.

Creo que la eclámpsia es una infección que puede ser fulminante y quizás no esté lejano el día en que el laboratorio nos dé el micro-organismo productor.

Y creo que el órden de las buenas condiciones para recibir esa infección, es el siguiente: 1º, trabajo.—2º, embarazo y 3º, puerperio.

Por lo demás, no es á mi juicio la muger la única capáz de recibir esa infección, porque se ve en los niños, y el icteroideo presenta también convulsiones exactamente iguales á las de la mujer eclámptica.

Parecerá extraño que, creyendo en una infección, no trate de instituir tratamientos antisépticos preparatorios, y no lo es, sin embargo. Adoro la microbiología, persigo los micro-organismos, pero no me gusta ensayar en el organismo vivo.

Repito que ántes que médico, soy hombre de conciencia.

ORINA.

ALBUMINURIA GRAVÍDICA.—SEIS MESES.

1888.—Nbre. 23...	Cantidad................	1,015	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,020	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina	7½	gramos por litro.
	Urea.......................	16,302	» » »
» » 24...	Cantidad................	1,200	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,018	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina	7½	gramos por litro.
	Urea.......................	15,046	» » »
» » 25...	Cantidad................	2,000	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,011	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina	4	gramos por litro.
	Urea.......................	16,302	» » »
» » 26...	Cantidad................	1,300	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,011	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina	4½	gramos por litro.
	Urea.......................	16,302	» » »
» » 27...	Cantidad................	1,500	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,015	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina	3½	gramos por litro.
	Urea........	11,286	» » »
» » 28...	Cantidad................	1,500	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,011	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina	2	gramos por litro.
	Urea......	18,810	» » »
» » 29...	Cantidad................	1,600	gramos en 24 horas.
	Densidad	I,011	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina	2	gramos por litro.
	Urea.......................	18,810	» » »
» » 30...	Cantidad................	2,500	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,017	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina	1½	gramos por litro.
	Urea.......................	18,810	» » »

»	Dbre. 1º...	Cantidad................	1,700	gramos en 24 horas.
		Densidad	1,015	
		Reacción	ácida.	
		Albúmina	$1\frac{1}{2}$	gramos por litro.
		Urea......................	18,810	» » »
»	» 2...	Cantidad................	1,800	gramos en 24 horas.
		Densidad	1,010	
		Reacción	ácida.	
		Albúmina	$1\frac{1}{2}$	gramos por litro.
		Urea......................	20,064	» » »
»	» 3...	Cantidad................	1,250	gramos en 24 horas.
		Densidad	1,016	
		Reacción	ácida.	
		Albúmina ....,.........	2	gramos por litro.
		Urea......................	20,064	» » »
»	» 4...	Cantidad................	1,400	gramos en 24 horas.
		Densidad	1,022	
		Reacción	ácida.	
		Albúmina	2	gramos por litro.
		Urea......................	19.185	» » »
»	» 5...	Cantidad................	2,800	gramos en 24 horas.
		Densidad	1,009	
		Reacción	ácida.	
		Albúmina	2	gramos por litro.
		Urea......................	16,302	» » »
»	» 6...	Cantidad................	2,600	gramos en 24 horas.
		Densidad	1,008	
		Reacción	ácida.	
		Albúmina	$1\frac{1}{2}$	gramos por litro.
		Urea......................	15,185	» » »
»	» 7...	Cantidad................	2,330	gramos en 24 horas.
		Densidad	1,008	
		Reacción	ácida.	
		Albúmina..............	1	gramo por litro.
		Urea......................	19,185	» » »
»	» 8...	Cantidad	2,000	gramos en 24 horas.
		Densidad	1,008	
		Reacción	ácida.	
		Albúmina	$1\frac{1}{3}$	gramos por litro.
		Urea......................	12,790	» » »
»	» 9...	Cantidad................	2,000	gramos en 24 horas.
		Densidad	1,015	
		Reacción	ácida.	

1888.—Dbre. 9...	Albúmina	1	gramo por litro.
	Urca......................	12,790	» » »
» » 10...	Cantidad	2,010	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,010	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina..............	1	gramo por litro.
	Urea......................	15,348	» » »
» » 11...	Cantidad	1,800	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,012	
	Rcacción	ácida.	
	Albúmina..............	1	gramo por litro.
	Urca......................	15,348	» » »
» » 12...	Cantidad................	1,900	gramos cn 24 horas.
	Densidad	1,015	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina	1	gramo por litro.
	Urea......................	15,348	» » »
» » 13...	Cantidad................	2,200	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,008	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina..............	1	gramo por litro.
	Urea......	12,790	» » »
» » 14...	Cantidad................	1,800	gramos cn ·24 hcras.
	Densidad	1,011	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina..............	½	gramo por litro.
	Urea......................	12,790	» » »
» » 15...	Cantidad................	2,000	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,010	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina..............	½	gramo por litro.
	Urea......................	11,511	» » »
» » 16...	Cantidad................	2,010	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,012	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina..............	½	gramo por litro.
	Urea......................	11,511	» » »
» » 17...	Cantidad................	2,006	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,010	
	Reacción	ácida.	
	Albúmiua..............	1	gramo por litro.
	Urca......................	16,302	» » »
» » 18...	Cantidad................	2,700	gramos cn 24 horas.

			Densidad	1,011	
			Reacción	ácida.	
			Albúmina..............	1	gramo por litro.
			Urea......................	14,069	» » »
»	»	19...	Cantidad................	2,000	gramos en 24 horas.
			Densidad	1,010	
			Reacción	ácida.	
			Albúmina..............	1	gramo por litro.
			Urea......................	14,069	» » »
»	»	20...	Cantidad................	1,700	gramos en 24 horas.
			Densidad	1,011	
			Reacción	ácida.	
			Albúmina..............	1	gramo por litro.
			Urea......................	18,810	» » »
»	»	21...	Cantidad................	1,500	gramos en 24 horas.
			Densidad	1,012	
			Reacción	ácida.	
			Albúmina..............	½	gramo por litro.
			Urea......................	19,185	» » »
»	»	22...	Cantidad................	1,900	gramos en 24 horas,
			Densidad	1,015	
			Reacción	ácida.	
			Albúmina	½	gramo por litro.
			Urea......................	19,185	» » »
»	»	23...	Cantidad................	1,600	gramos en 24 horas.
			Densidad	1,014	
			Reacción	ácida.	
			Albúmina..............	1	gramo por litro.
			Urea......................	18,810	» » »
»	»	24...	Cantidad................	2,000	gramos en 24 horas.
			Densidad	1,010	
			Reacción	ácida.	
			Albúmina..............	¼	gramo por litro.
			Urea......................	15,048	» » »
»	»	25...	Cantidad................	1,900	gramos en 24 horas.
			Densidad	1,015	
			Reacción	ácida.	
			Albúmina..............	¼	gramo por litro.
			Urea......................	20,064	» » »
»	»	26...	Cantidad................	1,900	gramos en 24 horas.
			Densidad	1,011	
			Reacción	ácida.	
			Albúmina..............	¼	gramo por litro.

1888.—Dbre. 26...	Urea........................	18,810	gramos por litro.
» » 27...	Cantidad................	1,900	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,015	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina..............	¼	gramo por litro.
	Urea........................	16,302	» » »
» » 28...	Cantidad..	1,600	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,015	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina..............	¼	gramo por litro.
	Urea........................	21,318	» » »
» » 29...	Cantidad................	1,800	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,012	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina..............	¼	gramo por litro.
	Urea........................	20,064	» » »
» » 30...	Cantidad................	2,000	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,011	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina..............	¼	gramo por litro.
	Urea........................	21,743	» » »
» » 31...	Cantidad................	1,900	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,013	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina..............	¼	gramo por litro.
	Urea........................	21,743	» » »
1889.—Enero 1º..	Cantidad................	1,850	gramos en 24 horas.
	Densidad	1,011	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina..............	¼	gramo por litro.
	Urea........................	20,185	» » »
» » 2...	Cantidad................	1,400	gramos en 24 horas.
	Densidad	1.015	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina..............	¼	gramo por litro.
	Urea........................	20,064	» » »

A las 8 de la noche se presentaron dolores de parto. A la 1 había expulsado el feto sin fenómenos nerviosos.

1889.—Enero 3...	Cantidad................	1,300:	460 recogidos con la sonda.
	Densidad	1,024	
	Reacción	ácida.	
	Albúmina..............	½	gramo por litro.

			Urea........................	21,318	gramos por litro.
»	»	4...	Cantidad...............	1,600	gramos en 24 horas.
			Densidad	1,018	
			Reacción	ácida.	
			Albúmina...............	$\frac{1}{2}$	gramo por litro.
			Urea........................	20,064	» » »
»	»	5...	Cantidad...............	1,950	gramos en 24 horas.
			Densidad	1,019	
			Reacción	ácida.	
			Albúmina..............	$\frac{1}{2}$	gramo por litro.
			Urea........................	21,318	» » »
»	»	6...	Cantidad................	1,800	gramos en 24 horas.
			Densidad	1,019	
			Reacción	ácida.	
			Albúmina	$\frac{1}{4}$	gramo por litro.
			Urea........................	20,064	» » »
»	»	7...	Cantidad................	1,200	gramos en 24 horas.
			Densidad	1,019	
			Reacción	ácida.	
			Albúmina	$\frac{1}{4}$	gramo por litro.
			Urea........................	20,064	» » »
»	»	8...	Cantidad................	1,300	gramos en 24 horas.
			Densidad	1,029	
			Reacción	ácida.	
			Albúmina..............	$\frac{1}{4}$	gramo por litro.
			Urea........................	21,318	» » »
»	»	9...	Cantidad................	1,800	gramos en 24 horas.
			Densidad	1,018	
			Reacción	ácida.	
			Albúmina	ménos de 25 centígramos.	
			Urea......,..............	24,064	gramos por litro.

A partir de este día se normaliza cada vez más la orina y á los dos meses era fisiológica.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Casuso para argumentar.

El Dr. Casuso: Principia celebrando que el Dr. Neyra venga á repetir en el Congreso lo que él mantuvo en una discusión en ese mismo local hace algún tiempo. En apoyo de las ideas del Dr. Neyra, cita cuatro casos: dos de albuminuria, que murieron eclámpticas, dentro de las maniobras practicadas para provocar el aborto, y otras dos, de las cuales, en una, el Dr. Plasencia, provocó el aborto por vómitos incoercibles, que curó; publicando el hecho otro compañero como de albuminuria, y en el segundo, que curó tambien, se provocó el aborto por albuminuria, sin existir ésta, como se comprobó en el Laboratorio de

la *Crónica.* El Dr. Casuso agregó que cuando la lesión renal es superficial cede al tratamiento farmacológico, pero que si es más profunda, nada asegura que pueda ceder á la intervención quirúrgica, por cuya razón cree contraindicado el aborto.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Montalvo.

El Dr. Montalvo: El Dr. Neyra defiende la buena doctrina, sostenida por Depaul. No todas las embarazadas con albúmina en las orinas, son albuminúricas. Hay una albuminuria fisiológica, magistralmente descrita por Lépine, y debe establecerse, ántes de intervenir, el diagnóstico diferencial con el fin de evitar errores.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Bellver.

El Dr. Bellver: No admite la uremia como proceso infeccioso: hoy se está de acuerdo en considerarla como producto de los desechos orgánicos. Cree que en el caso relatado por el Dr. Neyra, de aborto por la quinina, debió tener en cuenta las condiciones de la enfermedad. No admite el cloroformo en el tratamiento de los accesos urémicos porque produce la isquémia del cerebro, congestiona el bulbo y por acto reflejo produce la parálisis del corazón.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Neyra para replicar.

El Dr. Neyra: Recuerda al Dr. Montalvo que en su trabajo hacía constar la ausencia de observaciones en las embarazadas ántes de entrar en gestación. Cree que la albuminuria fisiológica de Lepine se convierte durante el embarazo en albuminuria gravídica. Al Dr. Bellver dice que nota confusión en sus objeciones porque no distingue entre uremia y eclámpsia. Esta última puede existir sin acompañarse de uremia, según han demostrado las observaciones y exámenes de la sangre, publicados por Traube y Rosenstein. Además, fundándose en algunos hechos de su práctica, cree que pueden admitirse ciertas convulsiones de orígen infeccioso, prometiendo continuar sus investigaciones sobre la orina y sangre de las atacadas.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Casuso para leer su trabajo.

Un caso de eclámpsia.—Patogénia y tratamiento.

Por el Dr. Gabriel Casuso.

Señores:

Campeón entusiasta del Congreso desde su principio, y habiéndome cabido la honra de apoyar la moción del Dr. López, natural es que no quiera aparecer ante los demás indiferente al mayor brillo de acto tan importante como el que aquí se realiza. Vengo á contribuir, pues, con mi pequeño grano de arena, á la construcción del magnífico edificio, que ostentará con orgullo en su fachada los nombres de

Zayas, Santos Fernández, La Guardia, Tamayo, San Martín, Semprun, Weiss, Méndez, Braulio Saenz, García Rijo, Diago y otros. ¿Quién es el que no se siente lleno de orgullo, de profunda satisfacción, al tender la vista por estos salones y encontrarse rodeado de público tan selecto? Zambrana y La Luz, como decía muy oportunamente en la prensa diaria mi amigo E. Lebredo, y nuestro irreemplazable Joaquín Lebredo, añado yo, aplauden, desde el punto donde moran los buenos, el móvil que aquí nos reune y el esfuerzo con que cada cual contribuye al éxito de este Congreso; éxito que es ya un hecho, triunfo que sirve de regocijo á todo el que estime en algo su patria; y ¿cómo no, si este éxito y este triunfo abren ancho campo á los amantes de las ciencias, á los jóvenes, sobre todo, que, llenos de aspiraciones y de magníficos deseos, encontraban por do quier negros horizontes? El *statu quo*, de los llegados á la *meta*, paralizaba sus esfuerzos, detenía su actividad. ¿A qué luchar? ¿De qué sirven los brillantes premios, los laureles legítimamente ganados, dentro ó fuera de las Aulas, si después... ¿á qué seguir?

Echemos un velo sobre el pasado, estrechemos nuestras filas y bajo la bandera del Progreso, luchemos siempre, que, al fin, el triunfo será nuestro.

La clase médica no necesita más tónicos para regenerarse que este cambio de ideas. Adelante, pues, y hasta muy pronto.

Dicho esto, entremos en materia:

Se trata de una jóven blanca, de 23 años, neurópata y primípara: embarazo sin accidentes en la primera mitad; en la segunda, cefalalgia y diarreas, ausencia constante de albúmina. Trabajo á término: iniciado éste, es acometida de epigastrálgia y cefalálgia intensas y aparición brusca de un acceso convulsivo eclámptico, albúmina en cantidad notable después del acceso, que había faltado siempre hasta 48 horas ántes. Ví á dicha señora en junta con los Dres. Echarte, Morado, Fors y Pérez Miró: el trabajo estaba iniciado, dilatación aproximadamente de una peseta, ausencia de ruidos cardiacos fetales, presentación de vértice y posición anterior izquierda. A las pocas horas, dos nuevos accesos de eclámpsia: ayudamos el parto con duchas cervicales naftoladas y rotura de las bolsas amnióticas: fueron precisas ligeras incisiones cervicales para vencer una rigidéz anatómica del orificio y extracción con el fórceps de un feto muerto, sexo hembra y bien conformado: abultamiento expontáneo, sutura inmediata del periné desgarrado incompletamente y ámplios lavados antisépticos uterinos y vaginales.

Después de disipada la acción del cloroformo, empleado durante las convulsiones y el parto y continuado en las primeras 24 horas, se presentó un ligero timpanismo, acompañado de sensibilidad al vientre, que, ni los enemas, ni los purgantes lograron vencer: el dolor

se fija en el hipocondrio derecho, obligando al uso de la morfina; sed intensa y vómitos biliosos los dos días consecutivos al parto; ausencia de olor en los lóquios, ligera diarrea; la región hepática y lumbar, sumamente dolorosas: hielo al vientre y ópio. Al siguiente día, delirios de palabras, alucinaciones, respiración de Cheyne-Stokes; temperatura 38° 2; remisiones matinales y exacerbaciones vespertinas irregulares.

Aparición de puntos neurálgicos lumbares y costales, ausencia de lesiones perceptibles al tacto en el tegido peri-uterino; la orina, al tercer día del parto, presenta poca albúmina, color verde, debido á la presencia de pigmentos biliares; por la tarde desaparición de la albúmina urinaria, gran cantidad de pigmentos y ácidos biliares; temperatura 38-8: aparición al cuarto día de un íctero intenso y generalizado, aumento de la matidéz hepática, temperatura 39-2 y pulso á 150 por minuto, sub-delirio.

Al sexto día, cicatríz por primera intención de la herida perineal; estado general ligeramente mejor, disminución de los pigmentos biliares urinarios y deposiciones alternativamente biliosas y sin color, ni olor, remisiones y exhacervaciones de la temperatura y del pulso. Al octavo día, diarreas frecuentes, disminución de pigmentos biliares y descenso de la temperatura á 36-7; nuevo ascenso térmico á 39-4, oscilando desde entónces la temperatura entre 37-5 y 38 y pulso de 100 á 110: dichos fenómenos generales empiezan lentamente á disiparse al décimo día y con pequeñas remisiones y exhacerbaciones del pulso y la temperatura y desaparición gradual del íctero y síntomas hepáticos se inicia la convalescencia, interrumpida por cefalalgias, diarreas, zona, hemorrágias uterinas, sudores generalizados, etc., que hacen irregular la marcha del mal, hasta los 20 días en que termina completamente el cuadro patológico.

El tratamiento de este caso ha tenido que ser naturalmente variado, en relación con las manifestaciones del mal: medidas antisépticas al principio, relegadas después á un lugar secundario, por la falta absoluta de signos de infección uterina ó perineal; revulsivos, hipnóticos, quinina, laxantes, sedantes, astringentes, leche, caldos, etc., según las complicaciones y signos mórbidos que aparecían.

Esta observación, que he extractado lo más posible, presenta algunos particulares, que merecen fijar la atención.

En primer lugar, el cuello uterino estaba completamente borrado y abierto; la dilatación era de dos centímetros próximamente; la cabeza en la excavación, enclavada casi en totalidad; el segmento antero-inferior del útero dilatado, el cuello atrás y arriba, las contracciones uterinas, frecuentes, enérgicas é indolentes; la parturienta no se daba cuenta de ellas, ni hacía el menor gesto de desagrado cuando las mis-

mas tenían lugar. Lo que ha hecho que fijemos la atención, sobre el estado del cuello uterino, fué la afirmación, que repetidas veces nos hizo el Dr. A. Pérez Miró, de que, en los reconocimientos practicados por él, en los últimos 20 días, el cuello presentaba al tacto vaginal las mismas modificaciones que el exámen me habia suministrado. No deja de ser raro, aún en las multíparas y con más razón en las primíparas, que, el cuello esté, no solo borrado, sino tambien dilatado, y en tales condiciones, que cualquiera hubiese afirmado, desde el primer reconocimiento, (20 días ántes) que dicha señora estaba de parto, lo que no era cierto. Para evitar el error se necesita tener en cuenta que la desaparición y la dilatación incompleta del cuello no bastan para afirmar que el parto existe; es necesario comprobar la existencia de las contracciones y la persistencia y frecuencia de las mismas: en este caso el orificio externo, durante las contracciones se estrechaba más; sus bordes delgados se hacían rígidos, existía, en una palabra, una contractura anatómica, y como la parturienta, despues del ataque de eclámpsia, acusaba cefalalgia intensa y permanecía en estado de sopor, del que se la sacaba con dificultad, aconsejé, además de la medicación purgante, enemas de cloral y duchas calientes al cuello, cada dos horas.

Otro particular importante en este caso, es la aparición brusca de la albúmina y su gran cantidad, y decimos brusca, porque el esposo de esta señora, comprofesor nuestro, así como el hermano, que reconocían las orinas diariamente, no habían notado alteración alguna; solo hacía 48 horas que no se analizaban cuando tuvo lugar el primer ataque de eclámpsia, hallándose después gran cantidad de albúmina; no había edema, ni parcial, ni general; solo la cefalálgia y la epigastrálgia precedieron al ataque. Despues comenzó el cuadro de síntomas descrito con tanta perfección por el Dr. Morado, que recogió la observación y entre los cuales descuella, sobre todo, un íctero intenso y dolores hacia la región lumbar y hepática, propagándose al vientre; todo esto acompañado de elevación de temperatura, que alcanzó una vez 39°, sin que hubiese lesiones por parte del aparato genital que explicaran el estado general. Era indudable que no se trataba allí de la septicémia puerperal en sus variadas formas, porque el punto de partida de esa infección, el aparato genital, nada acusaba, ni existía modificación de los lóquios: teníamos una afección á la cual atribuir la multitud y variedad de síntomas observados, la *eclámpsia*, única en su origen, revistiendo tantos matices en su forma, como casos clínicos puedan existir, verdadero proteo, ora precediera de cefalálgia, de gastrálgia, trastornos en la visión, edemas, etc., ora sin signo precursor, estallando bruscamente, ántes del parto, durante el mismo ó después de él, en época más ó ménos lejana (tengo un

caso, en que los ataques tuvieron lugar 17 días después del parto) en una palabra, la *eclámpsia* que, para algunos, reconocía en sus diversas formas un origen distinto y que considero como una enfermedad infecciosa, producida por un mismo agente patógeno y de múltiples formas, como múltiples son las formas de la tifoidea, del paludismo, de la difteria: hablamos de formas clínicas, y de ahí el que, tanto en ésta, como en otras enfermedades infecciosas, no pudiendo destruir el agente patógeno, tengamos que limitarnos á combatir síntomas; principio que defendí en otra época y ha recibido la sanción de los hechos: miéntras no podamos destruir la causa productora de la enfermedad, tenemos que concretarnos á la medicación sintomática y esta no puede reducirse á un solo agente terapéutico, cualquiera que sea. De ahí, la necesidad de la sangría, de los purgantes, el cloroformo, cloral, etc., según el síntoma que, al predominar sobre los demás, amenace la vida de la paciente. La teoría infecciosa es la que da una explicación más satisfactoria del cuadro eclámptico, variada en sus manifestaciones, rápida en su desenvolvimiento, como lo son las infecciones agudas y rápidas, las más de las veces, en su desaparición. El hígado ha presentado en este caso manifestaciones que demuestran el papel importante que juega en el desarrollo de la eclámpsia (farmacolémica). La albuminuria ha desaparecido con rapidéz; en cámbio, el íctero, revelador de los trastornos hepáticos, ha cambiado la escena y todos conocemos, después de los magníficos trabajos de Bouchard, la importancia de la glándula hepática en el mecanismo de las infecciones, como órgano destructor de los principios que las producen, cuando se encuentra en condiciones para ello, ó bien, permitiendo su producción, cuando por su alteración no está en aptitud de destruir dichos agentes. En el embarazo, la degeneración grasienta del hígado coloca este órgano en condiciones poco apropiadas para las funciones de la destrucción, que, respecto de los agentes tóxicos, está llamado á llenar, añadiéndose á esto la hiperemia renal que contribuye á hacer más difícil la eliminación de los principios tóxicos que se encuentran en la sangre, y de ahí, las condiciones favorables de *receptividad* en que se halla la puérpera y la gravedad especial que en ellas presentan las infecciones.

El Dr. Blanc, de Lyon, en el número 9 de los Archivos de Tocología, de París, correspondiente al mes de Noviembre del año pasado, asegura haber encontrado en la orina y en la sangre de las eclámpticas, entre otros micro-organismos, una variedad de cocci muy finos y un bacilo muy ténue, regular y corto, de una á tres veces más largo que ancho. El cultivo é inoculación de los cocci, no dió resultado alguno; en cambio, la inoculación del bacilo en conejas en gestación, produjo constantemente la albuminuria, la expulsión prematura de los fetos,

unos muertos, otros vivos y alguna vez convulsiones intensas en la madre. Escarlatini, que ha practicado sus experiencias en perras preñadas, parece haber obtenido los mismos resultados.

El Dr. Weiss, bien jóven aún y aplaudido con tanta justicia por todos nosotros, se ocupará extensamente de la patogenia de la eclámpsia con la inteligencia y precisión que le distinguen.

Antes de abandonar la tribuna, debo congratularme de haber sido de los primeros, si no el primero, en haber publicado en Cuba una estadística operatoria *verdad*, así como la confesión *pública* de los errores por mí cometidos. Por eso veo con verdadero placer que en este Congreso, todos los que me han precedido en el uso de la palabra, ya en la tribuna ó en esos escaños, han dado gran ejemplo de buena fé y lealtad: este solo hecho, aparte del valor científico indiscutible de los trabajos aquí presentados, reviste verdadera importancia. En efecto, señores, si la verdad enaltece y dignifica al hombre, la ocultación y el disimulo degradan y envilecen. No es posible obtener de una juventud hombres enérgicos y viriles, si se les hace respirar una atmósfera de falsedad y engaño. Solo la verdad, repito, purifica y enaltece.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Morado para argumentar.

El Dr. Morado: Manifiesta que el caso presentado por el Dr. Casuso constituye una prueba más en apoyo de la teoría infecciosa: que analizada la orina en el Laboratorio de la Crónica por el Dr. Diago, pudo comprobarse gran cantidad de ptomainas y un aumento notable de la urea (36 gramos) en las 24 horas.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Moreno de la Torre.

El Dr. Moreno de la Torre: Dice que los Dres. Casuso y Neyra se deciden por la teoría de la infección para esplicar la eclámpsia, y desea saber por qué el micro-organismo no manifiesta su presencia en ciertos casos por ningún síntoma, pues le ha sido dado observar una eclámptica, sin albuminuria ni fiebre, en la cual la estracción del feto hizo cesar todos los accidentes.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Bellver.

El Dr. Bellver: Cree que la eclámpsia es una manifestación del envenamiento urémico en unos casos, y, en otros, síntoma de un estado infeccioso. Pregunta al Dr. Moreno como se esplican los hechos observados sin fenómenos precursores.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Casuso para replicar.

El Dr. Casuso: Contesta que la infección eclámptica tiene su período de incubación y su marcha es silenciosa hasta que estalla el acceso; atribuyéndose con preferencia al estado de gestación los fenómenos precursores que la muger esperimenta. El Dr. Bellver no acepta más teoría que la lesión renal; pero hay albuminurias sin eclámpsia,

y eclámpticas sin albúmina en las orinas y hasta sin lesión renal. Así, la única teoría que debe aceptarse y que esplica la aparición y desaparición repentina de los accesos eclámpticos, es la teoría de la infección.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Vila (de Cabañas) para la lectura de su trabajo:

Consideraciones sobre la naturaleza y tratamiento de las diarreas crónicas de los paises cálidos.

Por el Ldo. José Vila (de Cabañas.)

Los trabajos del Dr. Coronado, publicados en la *Crónica Médica*, y los que presenta á este Congreso, dan á conocer sus opiniones, que son tambien las nuestras, respecto á la patogenia y tratamiento de un grupo de enfermedades infecciosas propias de los climas cálidos, dependientes todas ellas de la presencia en el organismo humano de un gérmen morboso, tan conocido por los estragos que ocasiona, como poco definido por su biología microbiótica.

Nos referimos á las manifestaciones morbosas de la infección palúdica.

De todas las enfermedades que son el triste patrimonio de la humanidad doliente, las palúdicas son, en nuestro concepto, las más dignas de ocupar la atención de los clínicos, no sólo por la inagotable variedad de sus formas y por la alta cifra de mortalidad que ocasionan, sino porque constituyen una formidable barrera á la civilización en las estensas y fertilísimas regiones del planeta no esplotadas todavía y en aquellas en que se principia la esplotación.

El paludismo es el terrible enemigo de las sociedades que nacen, la gran represalia que opone la naturaleza vírgen en la lucha á que la provoca el hombre para someterla á su dominio, para conquistarla en beneficio de la civilización, arrancándola los abundantes frutos de su sávia vigorosa; lucha encarnizada, en la que, ántes de darse aquella por vencida, causa innumerables víctimas á las primeras generaciones de las sociedades nuevas, infiltrando en el organismo humano un veneno sutíl y mortífero del que guarda un acópio, que no se agota fácilmente. De aquí, que las enfermedades dependientes de este veneno, sean las que más interesa conocer, tanto en sus variadas evoluciones, como en los medios prácticos para defender de sus estragos á la sociedad humana.

Convencidos de lo que acabamos de espresar y teniendo que reconocer la frecuente ineficacia de los procedimientos terapéuticos gene-

ralmente empleados, que no evitan el fallecimiento de una buena proporción de atacados por el paludismo, ha sido motivo para que durante una larga série de años hayamos dedicado toda nuestra atención á investigar en el terreno clínico los recursos vitales que opone el organismo para defenderse del veneno palúdico, y los medios terapéuticos con que podíamos auxiliarle en la lucha entablada contra este agente tóxico que tiende á destruirlo.

De que son ineficaces los recursos terapéuticos generalmente puestos en práctica, no hay clínico que lo ignore: una esperiencia asáz dolorosa se lo enseña con sobrada elocuencia. ¡Cuántas toneladas de sales de quinina estarán mezcladas con la tierra de los cementerios!

Sin estendernos más en consideraciones que alargarían con exceso este trabajo, hemos de manifestar que los escritos del Dr. Coronado tienen por objeto llamar la atención de los prácticos sobre algunas particularidades, que, en el terreno clínico, ofrecen ciertas formas agudas y crónicas de la infección palúdica. Una de ellas, que no ha sido objeto especial de sus disertaciones, es la diarrea crónica de los paises cálidos, enfermedad que opinamos debe ser considerada como una consecuencia de aquella infección.

Esta opinión, que nos ha confirmado la observación clínica y el resultado satisfactorio de nuestra terapéutica, es tambien la opinión del Dr. Coronado, el cual fué presa durante algunos años de tan molesta enfermedad, de la que se vió libre despues de una perniciosa gravísima que cedió merced á una medicación enérgica en consonancia con las ideas que esplana en sus escritos.

No entraremos en detalles esponiendo las diversas opiniones emitidas por distintos autores respecto á la naturaleza de la diarrea crónica de los paises cálidos, por no alargar en demasía este modesto trabajo. Creemos que esta enfermedad es debida á la infección palúdica, porque los que la sufren ofrecen los diversos síntomas descritos por el Dr. Coronado; síntomas que revelan la infección, que hemos calificado con el adjetivo de autóctona, la cual es consecuencia de la introducción en el organismo de un agente miasmático, que, modificando morbosamente los desechos orgánicos, los convierte en productos sépticos que son el factor principal de aquella infección.

Y no sólo los síntomas nos inducen á pensar que la enfermedad que nos ocupa es una espresión de la infección autóctona de orígen palúdico, sino que corrobora nuestro modo de ver la circunstancia de principiar generalmente la enfermedad á raiz de una fiébre palúdica grave ó benigna, tratada por las sales de quinina con esclusión de nuestro plan dialítico. Otro hecho frecuente, que confirma nuestra opinión, es que la supresión brusca de la diarrea crónica es seguida de una fiébre contínua perniciosa, que en tal caso suele ser bien

grave, no benignizándose hasta que, espontánea ó provocada, reaparece la diarrea.

Considerada la enfermedad como espresión de la infección autóctona de orígen palúdico, deja en rigor de ser una entidad nosológica distinta; no es una enfermedad, sino un síntoma concomitante con los que son característicos de dicha infección; es, más que otra cosa, la consecuencia de una enfermedad, y, mejor dicho, de la lucha del organismo que se defiende contra un veneno séptico, que tiende á destruirlo y del que procura desprenderse.

Durante los primeros años de ejercer nuestra profesión en Vuelta-Abajo, era muy frecuente hallar enfermos de diarrea crónica; pero de cuatro ó cinco años á esta parte en que nos conducimos de distinto modo, aconsejando un tratamiento en consonancia con nuestro modo de ver, podemos decir que casi ha desaparecido de aquella comarca la manifestación morbosa que nos ocupa.

Nosotros opinamos que, modificados morbosamente los desechos orgánicos por el agente miasmático, el organismo responde unas veces, poniendo en juego todas sus energías vitales, á fin de elaborar y eliminar el miasma y el veneno séptico que es su consecuencia, y acaso tambien su vehículo, estableciéndose una lucha, tanto más violenta, cuanto más tóxico sea el veneno, y tambien, cuanto más ineficaces sean los esfuerzos vitales para elaborarlo y desprenderlo. En tal caso, la infección es de forma aguda, y según existan ó no una de las dos ó ámbas circunstancias, es ó no perniciosa. Otras veces el organismo tolera en cierto modo el veneno, no responde sublevando agudamente sus energías vitales; pero no en vano se siente intoxicado por un veneno *anemizante*, que no sólo destruye glóbulos, sino que acelera la muerte de las células aumentando el coeficiente de las cenizas orgánicas, las que, si siempre son venenosas, aún siendo fisiológicas, lo son en este caso en mayor grado por haber sido alteradas por el agente miasmático, á la manera que un fermento modifica la materia fermentescible. De aquí la anémia que por la gravedad que en algunos casos reviste, se califica de maligna, y á la cual llamamos nosotros toxihemia autóctona; de aquí que aparezcan síntomas que son como gritos de alerta ó quejas de dolor del organismo intoxicado y síntomas reveladores de que la vida se defiende, poniendo en juego sus órganos de defensa y activando el funcionalismo de aquellos emuntorios que le facilitan la eliminación de una parte del tóxico. Este estado es lo que llamamos infección autóctona de orígen palúdico y de forma crónica; y á la diarrea crónica de los paises cálidos, la consideramos como un síntoma de esta infección, síntoma que no es más que un esfuerzo sano que no debemos empeñarnos en suprimir, sino que debemos procurar aprovecharnos de él como emuntorio para lograr la

curación de la enfermedad de que tal síntoma depende: de la infección autóctona de orígen palúdico y de forma crónica.

En estas ideas se ha basado nuestra terapéutica cada vez que hemos sido consultados, terapéutica bien distinta, por cierto, de aquella que tiene por principal objeto suprimir el síntoma haciendo abstracción de la causa de que depende, divergencia de opinión que ha sido el motivo de elegir este tema de nuestra disertación. Y en este particular nos guía, como en casi todos los otros, la convicción de que la medicación causal es, por su eficacia, muy superior á la medicación sintomática, que por desgracia tiene demasiados adeptos, medicación que consideramos más ventajosa para los intereses materiales del médico que para los de la humanidad doliente. Si el disertante no fuera un hombre honrado, sería médico sintomatologista; pero la honradéz implica la sinceridad, y al ser sintomatologista dejaría de ser sincero.

Volviendo á la diarrea crónica de los paises cálidos, procuraremos precisar en lo posible el tratamiento que le oponemos, y decimos en lo posible porque en realidad no existen enfermedades, sino sujetos enfermos, que tiene cada uno su sello propio, como tienen su propia fisonomía, y todos sabemos que los tratamientos han de amoldarse á las particularidades de cada caso.

Como quiera que la espresión morbosa que nos ocupa no es más que un síntoma de la infección de orígen palúdico, curar la infección es curar también el síntoma, y se cura la infección cuando se logra sanear el organismo del tóxico infectante. El saneamiento del organismo procuramos alcanzarlo, merced á un plan terapéutico que ha sido esplanado por el Dr. Coronado. Las más de las veces principiamos por administrar, en las primeras horas de la noche, un gramo ó dos de ipecacuana á fin de provocar la emésis, repitiendo esta indicación cada vez que el enfermo acuse alguna sensación de náusea ó vómito, ó bién cuando con esta sensación ó sin ella percibe un malestar indefinible en el estómago, que traduce un estado de ocupación de este órgano. Otra indicación de la ipecacuana es una inapetencia que se prolonga algunos días. También la empleamos cada vez que se exacerba de pronto el estado de irritación de la punta y bordes de la lengua, ó la que á veces existe en las fáuces y faringe y también en las encías, irritaciones que, sino siempre, acompañan con frecuencia á la enfermedad. Optamos propinar la ipecacuana por la noche, porque con el descanso de algunas horas se reponen las fuerzas consumidas en la emésis. A la mañana siguiente temprano toma el enfermo uno ó dos gramos de calomelano, medicamento que lo repite uno ó dos días más á la misma hora. Pasadas tres ó cuatro horas de haber tomado el calomelano, hacemos ingerir 15 ó 30 gramos de sulfato de sosa en disolución, dósis que se repite si dos horas después de la primera no se

han obtenido francas deposiciones que determinen una sensación de vacuidad del tubo cibal, que produce un bienestar grato á los enfermos. Una hora después del sulfato de sosa, en cuyo espacio de tiempo generalmente ha cruzado el píloro, aconsejamos que se tome una buena cantidad de agua pura ó ligeramente alcoholizada, con el fin de favorecer la acción dialítica del medicamento. Si la sensación de vacuidad del vientre no se obtiene fácilmente con la medicación, lo cual acontece muchas veces, cuando la acumulación de gases, dilatando el intestino, no permite los movimientos peristálticos, recomendamos algunos enemas voluminosos de agua con el fin de espeler los gases y lograr de este modo la vacuidad del tubo intestinal, que procuramos se obtenga todas las mañanas. En lo restante del día toma el enfermo una sobre-alimentación láctea, por lo ménos durante los primeros días ó las primeras semanas de tratamiento. La manera de responder el sulfato de sosa nos indica bién pronto la dósis diaria de una ó dos tomas que requiere el enfermo, dada su idiosincrasia, para conseguir todas las mañanas el resultado de vaciar el vientre sin sobrepasar este efecto. El día en que el medicamento promueve náuseas ó vómitos administramos por la noche la ipecacuana, con lo cual se establece de nuevo la tolerancia.

La mala calidad de los productos excrementicios, revelada por el mal olor *ultra-fisiológico*, pase el neologismo, y también en ciertas ocasiones por su coloración oscura, y en otras por sus cualidades irritativas, hasta el punto de producir en algunos casos una marcada irritación de las márgenes del ano, demuestra que los productos ventrales son morbosos, y, en consecuencia, concíbese que sería dañoso para el enfermo el retenerlos en el intestino, porque, absorviéndose, pasarían al torrente circulatorio agravando la infección autóctona.

Debemos agregar, que siempre que existe un estado de irritación en la faringe, fáuces, lengua ó encías, se eliminan de vez en cuando productos excrementicios de calidad irritativa, cuyo paso por el orificio anal determina una sensación de calor ó ardor, ó una irritación en los márgenes sobrado molesta. Generalmente dura pocos días la eliminación de esta clase de productos, pero vuelven á presentarse, para borrarse de nuevo y aparecer otra vez por alternativas que corresponden á etápas de mayor elaboración de malos productos, con agravaciones transitorias de todos los síntomas, siendo con frecuencia uno de los que preceden y acompañan á estas agravaciones transitorias los latidos de la aorta abdominal, que simulan una dilatación de este vaso. Hemos comprobado también clínicamente que siempre que existen hérpes circinados, que con frecuencia coinciden con la enfermedad, se eliminan los productos irritativos que hemos mencionado, hérpes que, á pesar de su conocida rebeldía, ceden á la par que los

otros síntomas de la infección mediante la medicaeión que esplanamos.

En algunos casos es tan irritativa la calidad de los productos, que tenemos necesidad de apelar á un procedimiento tan sencillo como eficáz. En tales casos recomendamos que, después de la deposieión irritativa, se haga uso de la geringa Davidson para hacer choear contra el orificio anal algunos chorros de agua tíbia, seguidos de dos ó tres pequeñas lavativas que laven perfectamente la estremidad inferior del recto, con lo que se consigue un pronto alivio.

Cuando los agravamientos transitorios por etapas, que hemos señalado nos demuestran una elaboración más acentuada de productos morbosos de peor calidad, empleamos de nuevo el calomelano durante dos ó tres días, y generalmente repetimos también la ipecacuana, administrándola por la noche que precede á la primera dósis de aquel medicamento.

Siempre que aconsejamos el calomelano, procuramos asegurar una franca acción dialítica con dos ó tres dósis consecutivas de sulfato de sosa, sino basta con la primera, porque de otro modo nos espondríamos á que la estomatitis mercurial exajerase en demasía la estomatitis morbosa. En aquellos casos que juzgamos insegura la franca acción dialítica, á pesar de repetidas dósis de sulfato de sosa, tomamos la precaución de propinar el calomelano mezclado en cincuenta ó más gramos de ricino, que aseguran mejor el efeeto de vaeiar la cavidad intestinal con el dialítico, que se administra á las tres ó cuatro horas.

Escepción hecha de los días en que se propina el ealomelano ó la ipecacuana, acostumbramos emplear una dósis de tres á seis gramos de magnesia caleinada, tomada por la noehe al tiempo de acostarse el enfermo, con el objeto de que por la mañana obtenga ó esté preparado para obtener una deposición que faeilita la aeción del sulfato de sosa, con lo cual se logra mejor que todos los días esperimente el enfermo la sensaeión de vacuidad del intestino, condición capital del tratamiento.

Estos procedimientos terapéuticos no impiden que durante el día, á la vez que se alimenta poderosamente al enfermo, se empleen algunos medicamentos que tengan por objeto aeallar los movimientos peristálticos del intestino, á fin de retener el suficiente tiempo los alimentos en el tubo eibal para reparar las pérdidas. Pero estos recursos, ó no los empleamos nunca, ó sólo hacemos uso de ellos durante los primeros días de tratamiento, mientras dura la disposición á tener diarreas á distintas horas del día; pues generalmente se logra pronto la regularización intestinal en el sentido de no tener el enfermo otras deposiciones que las provocadas por la medicación eon el fin de vaciar el vientre todas las mañanas, quedando luego tranquilo el intestino

durante las restantes horas del día. Conseguida esta regularización, aumenta rápidamente la nutrición del enfermo, merced á una buena alimentación en la que predomina la leche y las carnes poco asadas, con esclusión de féculas y grasas, por lo ménos en las primeras semanas.

La duración del tratamiento varía desde algunas semanas hasta algunos meses. Nosotros no lo abandonamos mientras existe alguno de los síntomas que revelan la persistencia de la infección autóctona: irritaciones de la boca, gases intestinales, orinas escesivamente coloreadas, inapetencia, vértigos, insómnio, neurálgias, perturbaciones sensoriales y afectivas, latidos aórticos, arítmia, hiperquinesia, etc.) Generalmente pasan pocos días sin esperimentar el enfermo una mejoría que le alienta á seguir el tratamiento, sobre todo si se ha tenido la precaución de advertirle de antemano las variaciones de mejores y peores días, por etápas correspondientes á elaboraciones más acentuadas, que son necesarias para desembarazarse el organismo de los productos mal sanos que lo intoxican.

Teniendo en cuenta este curso en zig-zag, podemos afirmar que los enfermos progresan siempre hácia la curación si el tratamiento es bien dirigido. Sólo esceptuamos aquellos casos en que lesiones anatómicas irreparables y aquellos en que el decaimiento vital, llevado á un estremo cercano á la muerte, hacen de todo punto imposible la curación.

Concluiremos manifestando que la observación clínica de muchos hechos recogidos en la práctica de algunos años, nos ha llevado á profesar las ideas que esplanamos en este trabajo. Que otros clínicos las sometan á la prueba de los hechos, para confirmarlas si estamos en lo cierto, ó rechazarlas si estamos equivocados.

Es el fin que nos proponemos al esponerlas á la consideración de tan ilustrado Congreso.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Semprun para argumentar.

Dr. Semprun: Opina que en la Isla de Cuba, no hay, sino por escepción, casos verdaderos ó típicos de paludismo, sino formas secundarias y cree que para estos enfermos el tratamiento dialítico-evacuante debe ser sumamente debilitante, cuando no de resultados funestos.

Dr. Sáenz Yánez: Recuerda que hace tiempo llamó la atención en la «Crónica Médico-Quirúrgica» sobre la pésima calidad y enorme cantidad de quinina que se consumía en Cuba, á fin de que se pusiera término á un comercio tan inmoral como funesto y se pudiera deducir el verdadero resultado de una medicación tan necesaria y tan *exageradamente utilizada* en Cuba; que trae ese recuerdo para que, ni por el *consumo aparente* de quinina que aquí se ha hecho pueda for-

marse idea de su necesidad y resultados, ni pueda desvirtuarse el fundamento científico ó, cuando ménos racional, del tratamiento seguido por el Dr. Vila en ciertos casos de diarreas crónicas, pues la verdad es que en las diarreas consecutivas al paludismo están los enfermos saturados, intoxicados de quinina la mayor parte de las veces y por tanto de nada han de servir las nuevas dósis que se les administren.

Dr. J. F. Arango: Manifiesta que reconocida plena y universalmente la acción específica de la quinina contra el paludismo, no se concibe que en esa localidad no dé resultados; y, en consecuencia, cree que las fiébres que en ella se padecen no sean palúdicas, ni las diarreas crónicas, á que se refiere el Dr. Vila, sean verdaderamente las conocidas por de los países cálidos.

Dr. Moreno de la Torre: Pregunta si esas enfermedades no dependerán de las condiciones individuales ó del medio, pues él ha ejercido en localidades palúdicas y no ha visto ningún caso de diarreas crónicas de los países cálidos.

Dr. Tamayo: Afirma que los Dres. Vila y Coronado están verdaderamente dentro del terreno científico, y que, al iniciar el problema etiológico de nuestras enfermedades desconocidas, debemos seguirlos con observación y constancia para saber en definitiva si hay fracaso ó realmente un triunfo, que sería su gloria.

Dr. Bellver: El tratamiento es racional y científico, pues si la afección primitiva se encuentra localizada en el tubo digestivo, con ese tratamiento se favorece la eliminación de la sustancia tóxica.

Dr. Zayas y Jimenez: Que según ha entendido, el tratamiento dialítico era cuanto se ha instituido contra la fiébre palúdica y las diarreas crónicas y, sin embargo, no se sabe que clase de fiébre, ni de diarrea son; que, por otra parte, ese tratamiento, no solamente cura á los individuos, sino que los deja inmúnes, y estas son cosas extraordinarias: que para él hay que proseguir en ese estudio y decir el número de casos de fiébres palúdeas, su tipo, formas, duración, etc.; la dósis administrada del medicamento, período en que se administró y cuanto más concierna á investigaciones clínicas perfectas.

Si con estas garantías de observacion, prosigue el Dr. Zayas, se obtiene la curación ante casos inminentes, quedaremos convencidos y cambiaremos la quinina por el sulfato de sosa, á pesar de que aquella cura en la gran mayoría de los casos, y haya muchos que no pueda vencer la indicación Vila-Coronado, con su brillante 5 por 100 de mortalidad.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Vila para replicar.

El Dr. Vila: Asegura que no ha tenido un enfermo al que no se le hubiera despertado el apetito y aumentado la nutrición con el tratamiento dialítico evacuante.

Cree que la quinina es un tónico vital, que ellos no proscriben por más que no lo administren como ántes por virtud de que, cuando pudieran hacerlo en los casos de paludismo, el sulfato de sosa ha escusado su administración y termina manifestando que, á su juicio, hay dos factores en el paludismo, el micro-organismo y sus productos y grandes cantidades de desechos orgánicos ó cenizas orgánicas, verdaderamente, que, aún siendo fisiológicas, son venenos y por su gran cantidad, sino se les procura la eliminación, causan la muerte: de ahí que la eliminación la procuren con el método dialítico-evacuante, único capáz de realizarla tan pronto y completamente como se necesita.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Torralbas para dar lectura á su trabajo:

Consideraciones sobre la difteria y el croup.

Por el Dr. José I. Torralbas.

Señores:

Las valiosas conquistas realizadas en estos últimos años por la bacteriologia, que tanto han contribuido al progreso de las ciencias médicas, han hecho sentir su influencia, más que en otras secciones de la patología, en el capítulo que se refiere á las enfermedades contagiosas é infecciosas, de las que, enseñándonos la etiología, nos da á conocer la patogenia; así, por ejemplo, el estudio microscópico de la concresión pséudo-membranosa, no sólo nos proporciona las nociones sobre la naturaleza de la difteria, sino que nos pone en condiciones de aislar, cultivar y estudiar el bacilo que la produce y ensayar los medios de destruirlo.

La cuestión patológica está resuelta; el bacilo descubierto y aislado por Klebs y cultivado por Loeffler es característico de la difteria, la sustancia por él segregada constituye el agente patógeno, el *veneno de la difteria*, como hoy se llama.

Recordemos lo que nos dice el Dr. Jules Simon, cuya competencia en estas materias no puede discutirse: *la falsa membrana que no contenga el citado micro-organismo, no es de naturaleza diftérica.*

Esta afirmación terminante, en boca de la autoridad citada, nos excusa de entrar en consideraciones para probar que el micróbio que nos ocupa es positivamente el productor del gérmen morbígeno; además, ¿no están llenas las revistas y publicaciones científicas contemporáneas de descripciones de experiencias y cultivos que todos conocemos? ¿No es por ellas que sabemos que el bacilo en cuestión es parecido al de Koch, aunque ménos largo y más grueso, que es inmóvil, que se fija en un punto y desde allí se propaga, irradiando la falsa

membrana que le sirve de medio ambiente y que él mismo ha generado?

Pues si todo esto lo sabemos y lo hemos visto descrito y demostrado por Roux, Jersin, Blache, Talamonds, Quinquauds y otros, ¿por qué detenernos más en este punto, que la investigación experimental ha dejado ya establecido de una manera incontrovertible?

Aceptando, pues, como verdades comprobadas, las ideas que acabamos de exponer y reconociendo además que el bacilo Klebs puede ponerse impunemente en contacto con la mucosa bucal de un indivíduo, que en dicha mucosa no presenta solución de continüidad; que su carácter de fijeza hace que se propague con ménos rapidéz de la que se supone y que no se encuentre en la sangre de los diftéricos, ni en los órganos distantes de la boca; que las inoculaciones no son el medio más fácil de trasmisión, aún cuando se hagan con cierta cantidad de orina de diftéricos filtrada, que son las que han dado más resultados, es otro órden de hechos el que debe ocuparnos.

El Dr. Rachfords, demostrador de Bacteriología en el Colegio Médico de Ohio, ha publicado en Febrero de 1889, una série de experiencias que apoyan estas ideas; el profesor de Cincinati ha repetido las investigaciones experimentales de Roux, Jersin y los demás autores que ántes mencionamos y ha tenido ocasión de dejar comprobado lo que ellos afirman, hasta el extremo de establecer una série de conclusiones, de las cuales la primera asegura que la *difteria es una enfermedad puramente (pulely) local*, y la segunda que *es causada por un parásito externo*, y la tercera, que este micróbio *es prácticamente aunque no exactamente (strictly) aerobio.*

Al tenor de estas tres, continúan las demás conclusiones que abandonaremos por hoy, no sólo porque las consideramos conocidas por nuestros colegas, sino porque cada una de ellas se presta á una multitud de consideraciones agenas al carácter práctico y las dimensiones de este trabajo.

En cambio, nos detendremos un momento, ya que de etiología de la difteria se trata, en esta parte de nuestros apuntes, á señalar como una de las causas más frecuentes de la invasión y propagación del mal, la que ya el sentido práctico ha indicado aunque sin explicarse su manera de obrar.

El *polvo de las calles y plazas públicas*, dicen las gentes, *ocasiona el croup:* explícanlo unos por su acción irritante sobre las vías respiratorias, otros atribuyen el mal á la circunstancia de contener el polvo de sus moléculas corpúsculos duros y angulosos, capaces de inferir pequeñas heridas en la garganta, y al efecto pretenden que el adoquinado de las calles se encarga de suministrar esos elementos, suficientemente duros y anfractuosos para desgarrar la mucosa.

En esta cuestión, como en la mayor parte de los problemas que el vulgo trata de resolver, se observa que el enunciado se aproxima á la verdad para después alejarse de ella en la explicación del fenómeno·

Es el polvo y el polvo de nuestras súcias y descuidadas vías públicas el que lleva la difteria á las fáuces de la mayoría de los que la sufren, más no por la irritación local que él pueda producir, pues en multitud de casos los viajeros que en este ú otros países se ven expuestos al polvo puramente telúrico de los caminos, no adquieren la difteria, sino simplemente irritaciones brónquicas, que podrán ser más ó ménos intensas, pero no específicas; tampoco puede atribuirse á las erosiones producidas por las moléculas lapídeas del granito de los adoquines, cuya composición de cuarzo, feldespato y mica, sustancias insolubles é inatacables por la saliva, las deja en condiciones de obrar simplemente como cuerpo vulnerante bajo el punto de vista mecánico, como la arena silícea, como el polvo de vidrio, si se quiere ir más léjos, pero en ningún caso como una sustancia específica capáz de imprimir carácter ó fisonomía especial á la lesión por ella producida.

A nuestro modo de ver, es el polvo de nuestras calles una de las fuentes más abundantes de la difteria, pero no la causa directa; el polvo es el vehículo entre cuyas moléculas se agita una multitud de bacterias, bacilos y micro-organismos de todas clases, restos de todas las inmundicias, basuras y estiércoles de vários animales, que constantemente se ven en nuestras calles, sin excluir los humanos, que aunque no tan frecuentes, se ven también: todo esto, secado por un sol abrazador, se levanta á impulso del viento, envuelto en una nube de partículas calizas y de otros minerales que forman el piso de la ciudad.

Ahora bien, estos gérmenes no siempre encuentran en la mucosa bucal y nasal las condiciones convenientes para vivir y propagarse, y por lo que respecta á los de las difterias, sabido es que se han encontrado en la boca de muchos niños sanos sin que su presencia haya determinado ningún fenómeno, demostrado está hasta la evidencia que condiciones anormales de la mucosa son las que favorecen la implantación del bacilo que sobre el sitio se reproduce, puesto que es inmóvil, y cuando su reproducción ha dado lugar á la colonia y á la falsa membrana que le sirve de medio ambiente es cuando segrega el *veneno de la difteria.*

Parece á primera vista que si una série de coincidencias semejantes se necesitan, no deben ser los gérmenes que vuelan con el polvo los que más casos de difteria produzcan; sin negar que las aguas, las ropas y otros medios sirvan también de vehículo, insistimos en el ya señalado *polvo* porque las épocas del año en que los vientos periódicos levantan esos torbellinos, son las ménos lluviosas, las de temperatura

más variable, las de las afecciones catarrales, en fin, que ponen á las mucosas en las mejores condiciones de receptividad.

Un nuevo problema clínico surge de los descubrimientos que rápidamente acabamos de reseñar y es el siguiente: si la difteria es una enfermedad local en su principio, si más que á la propagación de la concresión pséudo-membranosa, la propagación del mal se debe á la absorción del *veneno* producido por el bacilo de Klebs, considerado como una ptomaina, por los Dres. Watson, Rachfords, Cheyne's y otros, quienes nos dicen que han logrado cristalizar el alcaloide en cuestión; en términos más breves, si la difteria procede de una auto-intoxicación y esta determina la descomposición de la sangre y trastorno funcional del sistema nervioso; no es la manifestación conocida con el nombre de *croup*, la que por sí sola, determinando la asfíxia, puede ocasionar la muerte de los pacientes, pues la propagación de las falsas membranas á las vías aéreas no se puede verificar con tal rapidéz y profusión que impidan casi en lo absoluto la entrada del aire en los pulmones: partiendo de los datos que las modernas investigaciones nos proporcionan, la acción séptica del veneno diftérico desoxigena y altera profundamente la sangre en su composición química y en sus condiciones biológicas y perturba profundamente tambien las funciones del sistema nervioso, primero del ganglionar, despues el cérebro-espinal, por lo que se temen tanto, en esta clase de enfermos, los fenómenos de asistolia y otros semejantes, que no son más que la expresión de la falta de acción nerviosa sobre determinados órganos ó aparatos: ¿por qué los fenómenos respiratorios, que se atribuyen á la presencia de unas cuantas falsas membranas, que tapizan parcialmente la cavidad laríngea, la tráquea y cuando más la primera bifurcación brónquica, no han de tener el mismo orígen?

En este caso, que, según las ideas reinantes en la ciencia, sería el caso de la lógica, la inminencia del peligro es menor ántes de la propagación del mal al aparato respiratorio, porque esa propagación puede detenerse, quizás hasta evitarse, y los recursos quirúrgicos serían inútiles después de la propagación.

Si el *croup* no asfixia mecánicamente, si la temida perturbación funcional depende de la acción de centros distantes del lugar de la escena, la intervención quirúrgica solo tendrá razón de ser en muy especiales y determinadas circunstancias; el campo de la traqueotomía se reduce ciñéndose á estrechos límites.

Una ojeada restrospectiva, que no cabe en este trabajo, dejaría demostrado que los prácticos han vacilado siempre ante esta operación, que se ha tratado de fijar el momento preciso de su indicación, y que á pesar de estadísticas más ó ménos favorables, su aplicación no se ha generalizado y solo ha tenido períodos de apogeo efímero

para volver en seguida á ser considerada como un recurso de apelación en casos extremos.

Por lo que respecta á nuestra práctica, que nunca pretenderíamos hacer pesar en la balanza de la ciencia, no puede servirnos de guía, pues pocas veces hemos practicado esta operación: una de ellas para reemplazar á un compañero, que, debiendo operar, necesitó ausentarse, y tres veces en enfermos míos; de estos cinco pacientes, dos murieron, uno á las 24 horas, otro á los dos días de operado.

De estos datos nada importante puede deducirse.

¿Seria tardía la operación en los que fallecieron? ¿Habrían obtenido el mismo éxito los que se salvaron si se hubiera prescindido de la traqueotomía?

No se nos oculta que alguno pudiera decirnos que la ciencia señala los casos en que debe procederse.

A esto contestaremos: recordando, primero, que la indicación que está señalada de una manera tan neta prueba la vacilación de los prácticos y lo mucho que sobre el particular se ha escrito: segundo, que, restringiendo más aún el campo de la intervención, las nuevas idéas sobre la patogenia del mal, la operación quedaría reservada, como medio de sostener la respiración del enfermo en casos especialísimos para dar tiempo á destruir los focos de infección ántes que la autointoxicación se haya verificado; de suerte, que el argumento que pudo tener algún valor ante la ciencia de ayer, lo pierde ante la de hoy.

Dejando aparte la cuestión de la traqueotomía, expondremos algunas consideraciones referentes al tratamiento racional de la difteria; pero ántes referiremos, aunque someramente, las experiencias en que fundamos las modificaciones que vamos á proponer.

El 26 de Junio último se dió cuenta en la *Sociedad de Medicina pública é higiene profesional* de un exelente trabajo de carácter práctico, hecho por los Drs. Chantemesse y Vidal que tenía por objeto el *tratamiento racional de la difteria.*

Refiérese en la citada comunicación la siguiente experiencia que á nuestro sentir es bastante concluyente.

Un hilo de seda perfectamente esterilizado, sumergido en un cultivo de bacilos Klebs, después en un líquido antiséptico de los que se usan, por tres minutos, lavado en seguida en agua destilada esterilizada, despues en alcohol absoluto, que como es sabido, no destruye el bacilo, é inmergido después en un líquido de cultivo mezclado con vários de los antisépticos que comunmente se aplican para combatir localmente la difteria, han dado los resultados que á continuación se ven:

El agua de cal, la solución de tanino, el agua boratada al 4 por

100, la solución de sulfato férrico, la de sulfato cúprico, el agua salolada, el ácido salicílico, el percloruro de hierro al 1 por 100, el biyoduro de mercurio al 0.5 por 100, el agua naftolada, no bastan á impedir que los cultivos prosperen.

En cambio existen tres líquidos que han impedido manifiestamente el desarrollo de las colonias de cultivo, deteniendo el desarrollo de los gérmenes; estos líquidos son: el *naftol alcanforado,* la solución de Soulez. (Ácido fénico 5 gramos. Alcanfor 20 gramos. Aceite de olivas 25 gramos), y una tercera solución de que los componentes son los mismos de la anterior, exepto el aceite de olivas que ha sido sustituido con ventaja por la glicerina.

Por sí sola bastaría la relación de estos hechos experimentales influir en el ánimo de los prácticos y hacerles variar de idea respecto del tratamiento de la difteria, pero las consideraciones que vamos á exponer es muy posible que vengan en apoyo de ellas, y de esta suerte agreguen á las razones del órden científico que dejamos señaladas, otras del órden práctico que les den mayor importancia.

Una larga y paciente observación, sostenida durante algunos años, nos pone en condiciones de poder juzgar, bajo el punto de vista de los resultados, una série de tratamientos, asi locales como generales, que se han venido usando contra esta enfermedad.

Desde la época en que llenos de fé, empezamos á usar el clorato de potasa *intus et extra* como el específico más poderoso contra la difteria, hasta nuestros días, hemos tenido ocasión de tratar multitud de enfermos de esta clase y de ir ensayando, sino todos los tratamientos que en esa larga série de años han sido propuestos, al ménos aquellos que á nuestro juicio se ajustaban más á las ideas que sobre la etiología y patogenia de la enfermedad predominaban en la época de su aparición.

Precindiendo del clorato de potasa ya mencionado y del que podemos decir, que si bien no nos dió resultados satisfactorios, no fueron completos, pues entre los enfermos curados por su administración no se cuentan sino algunos pocos de difteria grave y solo uno de esos de *cuello proconsular* de St. Germain: además, el hecho de haberle empleado la mayor parte de las veces unido á otros tratamientos locales y generales, no permiten juzgar de sus efectos con la debida exactitud.

No sucede lo mismo con el calomel al interior y las cauterizaciones con nitrato de plata, cuyos resultados negativos no vacilamos enseñalar.

En el mismo caso se encuentra el ácido salicílico *intus et extra.*

Las insuflaciones de azufre con y sin aditamento de la misma sustancia al interior.

Las de tanino y alumbre unidas á la ingestión de clorato de potasa á dósis más ó ménos altas.

Las sales de hierro, sobre todo el percloruro, que hemos usado en diversas formas, nos han servido más bien como medio coadyuvante.

Los vomitivos no hemos podido considerarlos, sino como medios mecánicos de evitar la acumulación de falsas membranas en las fáuces, y cuando los hemos usado para expulsarlas de la tráquea y laringe, no nos han servido para otra cosa que para salvar la situación del momento, y más de una vez su repetición nos ha creado dificultades que nos han recordado oportunamente, por fortuna, que no debíamos debilitar organismos que sufrían la influencia séptica.

El fenato de sosa bruto lo ensayamos poco, tres ó cuatro casos de los cuales uno fué funesto, y la poca influencia que nos pareció observar en la marcha de la enfermedad, en los que curaron, así como la repugnancia de los enfermitos, que parecía prolongarse demasiado tiempo después de las curas, nos hicieron abandonarlo.

Los ácidos acético, clorhídrico, láctico y gálico más ó ménos diluidos y usados localmente, no nos ha parecido que ejercieran una acción más determinada que otros remedios.

El agua oxigenada, recomendada por Vogelsaug y por Hofmolk, no ha podido ser ensayada por nosotros sino de una manera deficiente; así es que no podemos establecer deduciones acerca de su valor como tratamiento.

Los balsámicos, á la cabeza de los cuales colocaremos la copaiba, aunque los hemos ensayado poco, no hemos advertido que su administración influyera en la marcha de la enfermedad.

He aquí los principales médios que hasta hace pocos años hemos venido usando contra la difteria y sus manifestaciones; muchos más han sido los tratamientos aconsejados, lo sabemos, pero de estos solo hemos puesto en práctica aquellos que nos han parecido inspirados por una terapéutica racional; otros esperando verlos acreditarse ántes de proceder, cayeron en desuso.

Hasta hace poco dijimos, porque de algún tiempo acá (3 ó 4 años) venimos siguiendo un plan que nos parece dar más resultado que cuanto hasta esa fecha habíamos hecho: ese plan que tiene por objeto en primer término, hacer desaparecer las falsas membranas que desde hace años se consideran como focos de infección; en segundo término, evitar su reproducción, y en tercero, sostener las fuerzas del enfermo.

Lo primero lo conseguimos, aplicando *frecuentes lociones de agua 2ª de cal* á las falsas membranas, que bajo la acción de este líquido alcalino vemos desgastarse sensiblemente: lo segundo no lo hemos logrado.

Lo tercero, administrando al interior y á dósis proporcionales á la edad de los enfermitos, *carbonato de amoniaco* que facilita la expulsión de las falsas membranas, quizás porque disminuye la flogósis de la mucosa respiratoria, quizás por su acción como álcali. Un plan tónico

reconstituyente que sostenga las fuerzas del enfermo, responde al tercero.

Desde luego llamamos la atención hácia el tratamiento local, respecto del cual decimos que la segunda parte no la hemos logrado; en efecto la concresión pséudo-membranosa que por la mañana hacíamos desaparecer con el agua de cal, por la tarde se había reproducido y esto en la inmensa mayoría de los casos,

Para obviar este inconveniente venimos ensayando vários medios hasta que un químico amigo nuestro nos preparó agua 2ª de cal fenicada, sustancia que desde la primera aplicación demostró su utilidad, y que usada después en otros casos dió idéntico resultado.

Como se vé, no era siempre la terapéutica racional la que presidía los tratamientos empleados, puesto que no se conocía bien la naturaleza del mal que se pretendía combatir; hoy no sucede lo mismo, los descubrimientos sobre la patogenia de la difteria á que ántes nos referimos no señalan el derrotero que debemos seguir: las experiencias que llevamos mencionadas deben repetirse, así pensamos hacerlo; al efecto venimos preparando con el estimable colega Dr. Fors, que bondadosamente nos presta su cooperación, los elementos necesarios, y si la realización de este primer «Congreso Médico Cubano,» hubiese tenido lugar algunos meses más tarde, habríamos preséntado á su ilustrada consideración el resultado de nuestras propias investigaciones experimentales completadas con la observación clínica; más ya que las cosas han sido de otra suerte y que en apoyo de nuestras investigaciones solo pueden presentar los resultados, poco ménos que negativos de otros tratamientos anteriores al antiséptico, y algunos casos cuya relación dejo al distinguido profesor Dr. Moreno, que fué quien nos los refirió.

Deducimos á nuestra vez, de cuanto llevamos expuesto que, dadas las pruebas experimentales realizadas en otros países y los resultados clínicos que hasta ahora hemos obtenido, debemos invitar á nuestros respetables conprofesores á que continúen las observaciones en este sentido, y quizás en no lejano día las ventajas del tratamiento antiséptico local en la difteria, lleguen á figurar entre los principios de la ciencia constituida.

El Sr. Presidente: Queda abierta la discusión sobre el trabajo del Dr. Torralbas y tiene la palabra el Dr. Moreno de la Torre para argumentar.

Dr. Moreno de la Torre: Recuerda que en la Sociedad de Terapéutica de París se promovió una discusión muy interesante en la que el Dr. Guelfa sostuvo con gran abundancia de antecedentes estadísticos los mismos principios é ideas que había emitido el Dr. Torralbas, y, agrega, que él, en un caso de forma crónica de difteria, había exagera-

do el tratamiento antiséptico local, logrando la curación de las úlceras por primera intención.

Dr. Aróstegui: Califica de singular la teoría espuesta por el Dr. Torralbas en la parte etiológica de su trabajo, suponiendo al polvo de las ciudades, sin referirse al del campo, como una de las causas del contagio; entiende que para que éste se produzca es indispensable el contacto ó algún cuerpo intermediario, y termina echando de ménos que el Dr. Torralbas no hubiera citado el procedimiento de la introducción de un tubo especial en la laringe, muy empleado en los Estados-Unidos.

Dr. Diago: Dice que es estraño que el Dr. Torralbas se hubiera olvidado, al tratar de las propiedades biológicas del micróbio, de la susceptibilidad que tiene á los ácidos en general, pues es sabido que, acidificado el medio de cultivo, se evita su desarrollo, y terminó inculpándolo por no haber tratado, ni aún incidentalmente, de la solución de bicloruro de mercurio, tan importante en la terapéutica de las afecciones microbióticas.

Dr. Tamayo: Se manifiesta en completo desacuerdo con el tratamiento por el agua de cal, pues, alcalinizado el medio de cultivo, se activa la virulencia del micróbio.

Dr. Bellver: Opina que el ácido salicílico es el agente indicado contra la intoxicación producida por la diftéria.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Torralbas para replicar.

Dr. Torralbas: Replica diciendo que no pueden considerarse iguales el polvo de lugares donde haya séres organizados, que dejan detrítus y sustancias tóxicas y el polvo de lugares desiertos; que si había aludido particularmente al polvo de las poblaciones, era porque, como muy bien podía comprenderse, en él los elementos de cotagio son más numerosos, más fáciles de investigar y sus efectos más conocidos y comunes; que no ha tratado en particular de todos los tratamientos porque él no había querido hacer una bibliografía de la diftéria, del croup, ni de sus tratamientos, por falta de tiempo suficiente y porque, al hacer un trabajo sintético, en el cual se reflejaran sus ideas, prefirió las referencias que estuvieran más de acuerdo con ellas y las observaciones de su práctica, y terminó declarando que ésta era la única aspiración de su trabajo.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Jacóbsen para dar lectura al trabajo del Dr. Enrique Llúria, de París:



Asépsia y antisépsia de las vías urinarias.

Por el Dr. Enrique Llúria. (Paris.)

De los ramos de la cirujía, el ménos favorecido por el método de Lister y los descubrimientos de Pasteur, ha sido sin duda el de *las vías urinarias.* La patogenia de ciertas enfermedades, conocidas hoy como de orígen infeccioso, al mismo tiempo que el orígen microbiano de la fiebre urinosa, (Albarrán) han despertado la tendencia, que de algún tiempo á esta parte se manifiesta, de colocar el importante ramo de las vías urinarias bajo la estricta dependencia de la asépsia y de la antisépsia.

Las infecciones urinarias, como la piohemia y otras, que hace algún tiempo han desaparecido de la cirujía general, se encuentran aún hoy en el ramo de *vías urinarias* á no ser en ciertos y determinados servicios, en que los métodos asépticos y antisépticos se llevan á cabo con todo rigor.

CONDICIONES DE NO INFECCIÓN DEL APARATO URINARIO.

Hoy la clínica de vías urinarias, ayudada de la experimentación, ha podido determinar cuáles son las condiciones para la no receptibilidad de la infección en el aparato urinario. Se sabe que cuando el aparato urinario conserva íntegro su epitelio, á la par que su fisiología es completa, no tiene lugar la infección. Lo prueban las experiencias de Albarrán, Hallé, Blunm y otros, quienes, inyectanto en la vejiga de conejos sanos cultivos de micróbios, en plena virulencia, no han podido provocar el más mínimo trastorno.

Esto, que nos enseña la experimentación, nos explica el por qué enfermos que se sondean ó son sondeados sin precauciones asépticas no tienen infección. Esta no ha podido llevarse á cabo por las mismas razones que en los experimentos ántes citados: por la integridad del epitelio y por el completo funcionalismo de la vejiga, que expulsa, con la totalidad de la orina, todo lo que puede haber de elemento bacteriológico.

CONDICIONES DE INFECCIÓN.

Para que se constituya una infección, se necesitan dos elementos: primero, un medio que tenga propiedades adecuadas de vitalidad; segundo, la presencia del gérmen externo ó interno (microbismo latente: Bouchard).

El medio lo preparan todos aquellos procesos que alteran la nutri-

ción ó disminuyen la vitalidad del aparato urinario. Tal sucede en los prostáticos con distensión de la vejiga; en los mielíticos ó también en los traumatismos de la médula. En los diabéticos, la presencia del azúcar en las orinas favorece el cultivo de los micro-organismos. La retención completa, cuya patogenia se conoce bien, después de las experiencias de Albarrán, favorece grandemente la infección. La infección en los urinarios puede ser de dos modos: expontáneo ó instrumental.

INFECCIÓN EXPONTÁNEA.

La infección expontánea se divide, á su vez, en infección expontánea ascendente y en infección expontánea descendente.

La infección expontánea ascendente es rara, y podemos citar, tal vez como único ejemplo, la infección blenorrágica.

Uretra.—En el hombre se infecta la parte anterior de ésta fácilmente: puede propagarse la infección á la uretra posterior: esta infección á la uretra posterior, se hace unas veces por propagación de continuidad; otras veces es debida á imprudencias de los enfermos, como el montar á caballo ó también por inyecciones forzadas en un tratamiento mal comprendido.

Vejiga.—Cuando la uretra posterior está infectada, es fácil que se infecte la vejiga: bien sea por propagación en las inflamaciones muy violentas ó bien por un cateterismo intempestivo: tal sucede en las cistítis blenorrágicas.

INFECCIÓN EXPONTÁNEA ASCENDENTE EN LA MUJER.

Uretra.—Morfológicamente, la uretra de la mujer representa la uretra posterior en el hombre.

En la mujer la uretra se infecta con más frecuencia por sus relaciones de vecindad.

En la vagina y en la vulva viven número considerable de micróbios, aún en estado normal; entre ellos, unos son patógenos y otros no lo son: entre los patógenos, Albarrán ha demostrado la existencia, en la vagina de la mujer en estado normal, de la bacteria piógena, y ha comprobado la existencia de la misma bacteria piógena en un caso de celulitis pelviana, post-puerperal. Widal ha encontrado el staphylococcus áureus en la vagina y después ha encontrado en la infección puerperal el mismo micro-organismo.

Se comprende, pues, con qué facilidad será inyectada la uretra de la mujer.

Vejiga.—Dada la poca longitud de la uretra en la mujer, á más de la mujer, á más de las condiciones señaladas, no debe sorprendernos

que las cistitis espontáneas sean mucho más frecuentes en ella que en el hombre.

Las cistitis puerperales, no reconocen otro orígen que la fácil introducción por la uretra de los micro-organismos que viven en la vagina y vulva, cuyo desarrollo puede hallarse favorecido por el traumatismo que sufre ó puede sufrir la vejiga durante el parto.

Uréteres. — La lesiones ureterales en la mujer son generalmente unilaterales y el tipo que presenta el útero es el verdadero tipo de la ureteritis; es decir, de orígen inflamatorio, paredes gruesas, induradas, y la longitud del uréter disminuido, lo cual le hace tomar una dirección casi rectilínea.

Riñón.—Siguiendo el mismo mecanismo de propagación expontánea ascendente, no es raro ver en las mujeres las pielonefritis.

INFECCIÓN DESCENDENTE.

Esta clase de infección (tésis Albarrán) se limita en general al riñón y la infección se hace por el torrente circulatorio general. Podemos citar, como ejemplo de esta clase de infección, la *nefritis escarlatinosa.*

A veces se extiende á la vejiga y á la próstata, como en la tuberculósis y en la piohémia.

INFECCIÓN INSTRUMENTAL.

Uretra.—Las sóndas ó instrumentos que no estén completamente asépticos, infectarán completamente la uretra: ejemplo, la uretritis de los prostáticos que están obligados á sondarse á menudo: las uretritis de los indivíduos sometidos á la dilatación.

Vejiga.—Se infecta, bien sea por traumatismo, hecho con instrumentos sépticos, en cuyo caso la inoculación se hace directamente ó bien por cateterismos sépticos, en los casos de retención completa ó incompleta. (Guyon).

Los traumatismos ocurren en la vejiga, no sólo con los sondeos, sino más amenudo aún en las operaciones prolongadas como la litotricia. El traumatismo puede ser ligero y localizarse la infección en la vejiga, pero puede ser considerable y dar lugar á una infección general, que puede terminarse por la muerte en el espacio de pocas horas.

Una vejiga, que no se vacíe por completo, será infectada al primer cateterismo séptico. La orina que queda estancada, unida á los detritus orgánicos que existen siempre en esos casos, más la temperatura del cuerpo, hacen un buen caldo de cultivo para que el primer micróbio que llegue dé lugar á una infección de las orinas y en seguida á la infección de la vejiga.

El profesor Bouchard dice que basta un micróbio para producir en 10 horas 60 millones y billones en 24 horas.

Uréteres.—La infección de los uréteres puede ser debida á un traumatismo, y aparece también en los casos de retención completa en que la orina ha sido infectada; entonces, á causa de la distensión, la vejiga y el uréter han perdido su contractilidad y la tensión vesical hace subir por el uréter, en un momento dado, junto con las orinas, la infección, que llega hasta el riñón. (Experiencias Albarrán).

Si en un mielítico ó en un indivíduo que por traumatismo de la colúmna vertebral ó lesión de la médula, tiene paralizado su aparato urinario y con la parálisis de la vejiga, ha venido la retención, si en estas condiciones hacemos un cateterismo séptico, la infección de la vejiga es segura, y á esta infección sucederá con gran rapidéz, grácias á la parálisis del aparato urinario, la supuración de los uréteres, de los bacinetes y de los riñones; y entonces, como sucede casi siempre en estos casos, el indivíduo muere, no por su lesión de la médula, sino por la infección producida en su aparato urinario: muere por pielonefritis supurada.

(Experiencias de Albarrán). Si á un conejo se le secciona la médula, al nivel de su duodécima vértebra dorsal y se le abandona con su parálisis, muere por urémia, que es el último término de la retención de orina, y muere sin haber tenido nada de infección. Si por el contrario, al conejo con su médula seccionada á dicho nivel se le hacen cateterismos sin precauciones asépticas, su árbol urinario supura á las 24 horas y el animal acaba por morir, como el mielítico: muere por pielonefritis supurada.

Los prostásticos con distensión están sujetos al mismo proceso. Esto nos demuestra hasta qué punto el cirujano que quiere salvar su responsabilidad, debe ser escrupuloso en los cateterismos.

ASÉPSIA.

En vista de los grandes trastornos que produce la infección en los urinarios son muchos los trabajos y ensayos que se han llevado á cabo para asegurar una asépsia rigurosa. Hoy mismo, las experiencias más concluyentes, á la par que más prácticas, son debidas á la iniciativa de Albarrán, y sentimos que no estén terminadas en la fecha que esto escribimos para darlas á conocer en todos sus detalles.

Si para lograr la asépsia de los instrumentos la cosa es fácil cuando se trata de los instrumentos metálicos, la dificultad sube de punto cuando se trata de sondas en cautchouc.

Los instrumentos metálicos pueden hacerse hervir y llevar la temperatura en el auto-clave hasta 120 grados, temperatura en que no sólo mueren los micróbios, sino también los esporos.

Los instrumentos metálicos pueden soportar temperaturas elevadas y además tienen la ventaja de resistir largo tiempo en soluciones antisépticas fuertes.

El gran desideratum para las sondas en goma y cautchouc es el desinfectarlas á la alta temperatura y conservarlas luego en líquidos antisépticos.

La sonda de cautchouc rojo, llamada sonda de Nelatón, resiste bastante bien á la ebullición y al sublimado al 1/1,000; pero esta sonda no es la única, ni la más usual en vías urinarias y así tenemos, por otro lado, las sondas «olivares,» llamadas exploradoras, las sondas «bequille» de Guyón y las sondas «bujías» que, siendo, de goma no pueden subsistir temperaturas suficientemente elevadas para ofrecer completa garantía bajo el punto de vista de la asépsia; á este inconveniente debemos añadir el de descomponerse á las pocas horas en soluciones verdaderamente antisépticas, como la solución de Van Swieten.

Antes de pasar adelante citaré las sondas que ha ideado Albarrán con objeto de subsanar esos defectos: consisten en una armazón de seda, revestida de una capa de guttapercha, al interior como al exterior; estas sondas, en las experiencias que con ellas ha hecho su autor, han resistido temperaturas de 150 grados durante media hora y además pueden estar vários días en el sublimado al 1/1,000 sin alterarse. Estas sondas, hoy en construcción, están llamadas á jugar un gran papel, no solamente bajo el punto de vista de la asépsia, sino también en los países cálidos por su resistencia al calor.

Como quiera que las sondas Albarrán no están aún en la práctica corriente, dado que las experiencias hechas son muy recientes, esperaremos á que Albarrán dé su juicio completo, junto con el de otros experimentos que le son personales y que tienen por objeto asegurar la asépsia en el tratamiento de las afecciones del aparato urinario.

Nos ocuparemos de cómo se hace la asépsia en las sondas cautchouc.

Método de Enrique Delageniere.—Habiendo observado que las sondas de cautchouc podían resistir hasta 110 grados durante media hora, sin que sufrieran alteración, se le ocurrió hacer aplicación del método de Koch para esterilizar las sondas: á éste fin coloca en tubos de vidrio las sondas y demás instrumentos que, no siendo metálicos, se emplean en vías urinarias; se pone al tubo de vidrio un tapón de algodón y así dispuesto se lleva á la estufa á la temperatura de 100 grados. Esta preparación debe practicarse tres días seguidos ántes de servirse de los instrumentos; se coloca el tubo de vidrio tres veces consecutivas en la estufa con el objeto de matar los micróbios y luego sus esporos. Cuando el cirujano quiera servirse

de uno de estos instrumentos así preparados tendrá buen cuidado de sacarle del tubo, guardando todas las precauciones antisépticas; es decir, las manos completamente asépticas, como si fuese á hacer una operación cruenta y volver á tapar inmediatamente el tubo de vidrio en que están los otros instrumentos. Antes de usar el instrumento ó la sonda debe engrasarse convenientemente y siempre con substancias asépticas, como aceite fenicado ó bien vaselina bórica. Después que se ha usado la sonda, se seca con algodón y se coloca aparte, con el objeto de esterilizarle en la estufa ántes de volverla á emplear.

Este es el método que se sigue en el servicio del Dr. Terrier.

Método Aibarrán.—Para esterilizar las sondas por este método se procede del modo siguiente: se toma una caja rectangular de 75 centímetros de altura por 50 de anchura, cuya cavidad esté dividida en dos partes desiguales por un enrejado horizontal. En la parte inferior se coloca un recipiente lleno de bisulfito de soda, y en la parte superior se disponen los instrumentos destinados á esterilizarse: en la tapa superior se adapta una llave para la salida del aire y gases que se desprendan y además un tubo de vidrio terminado en embudo, que hace comunicar el recipiente con el exterior. Las cosas así dispuestas, se deja caer por el tubo que va al recipiente ácido clorhídrico: empieza en seguida el desprendimiento de ácido sulfuroso, que al principio sale mezclado con el aire que había en el aparato, para cuyo fin se deja la llave abierta ántes de empezar la operación: cuando empieza á salir el ácido sulfuroso puro se cierra la llave, y como el aparato debe estar perfectamente cerrado, queda en el interior del mismo ácido sulfuroso. Los instrumentos se dejan en esa atmósfera durante 12 horas. Las sondas así tratadas son completamente estériles, pues si colocamos en caldos de cultivo pedazos de estas sondas, los caldos quedan perfectamente estériles: no sucede lo mismo con las sondas que han pasado sencillamente por el sublimado al 1/1,000; pedazos de estas sondas, colocadas en caldos de cultivo á las 24 horas, han infectado los caldos.

Ahora bien, para servirnos de las sondas, esterilizadas por el método Albarrán, se colocan, al sacarlas del aparato, en pequeños depósitos, *baquets*, con una solución del sublimado al 1/2,000. En esta solución sólo pueden estar las sondas y demás instrumentos de cautchouc dos horas al máximo, so pena de que se deterioren.

Una vez usadas las sondas se ponen aparte, con objeto de esterilizarlas en el mismo aparato ántes de que las volvamos á emplear.

Las sondas que habiendo estado en la solución de sublimado no hayan servido, tendremos esmerado cuidado en secarlas y ponerlas, bien sea en tubos de vidrio asépticos, ó bien entre dos capas de algodón aséptico también.

Todo esto, que es cómodo en un hospital, no creemos que sea muy práctico para la clientela privada, para cuyo caso diremos lo que aconseja Albarrán.

Se disponen tubos de vidrio que tengan sobre 40 centímetros de longitud y 2½ ó 3 centímetros de diámetro: estos tubos deben estar esterilizados, y esto puede hacerse en la estufa ó bien en el mismo aparato de las sondas con el ácido sulfuroso; los tubos deben tener siempre tapones de algodón, que, como sabemos, es el filtro aséptico de Pasteur: en estos tubos se colocan las sondas, de modo que el cirujano crea conveniente, ya clasificándolos por número, ó de otro modo; es una cuestión secundaria, que queda al arbitrio del cirujano.

Creemos inútil indicar que en todas estas manipulaciones con las sondas debe tener el cirujano las manos completamente asépticas; es decir, lavadas con jabón y cepillo, pasadas por alcohol, y en seguida por sublimado, y sólo así podrán garantizarse como tales.

Este método es el que se emplea hoy en el servicio clínico del profesor Guyón.

Otro método que podemos emplear, en caso que falte un esterilizador ó que tengamos pocas sondas que emplear, es el siguiente: se lavan los instrumentos con alcohol y las sondas; no basta lavarlas por fuera, sino que es necesario hacerles una inyección de alcohol: luego se les hace la misma manipulación con el sublimado al 1/1,000, para hacerlas luego hervir durante media hora: por este método podemos estar seguros de tener sondas completamente asépticas.

En los casos que se tengan que esterilizar gran número de sondas, es preferible el método por el ácido sulfuroso.

ANTISÉPSIA.

Todo cuanto hemos expuesto en el capítulo anterior está dispuesto á prevenir la infección.

Muchas veces tendremos que hacer con enfermos ya infectados, en cuyo caso debemos recurrir á la *antisépsia.*

Uretra.—Antes de sondar un enfermo no debemos olvidar que en la mayor parte de las uretras existen micro-organismos, que muy bien pudieran ser patógenos, y debemos por tanto cuidar de no arrastrarlos con el paso de las sondas hácia la vejiga. Para prevenir este inconveniente haremos el lavado de la uretra que llama Guyón, *a canal auvert.* Se toma una jeringa que contenga de 160 á 200 gramos, y con ella una solución boricada al 4 por 100: se hace pasar la inyección de modo que la jeringa no cierre por completo la luz del meato; de este modo la inyección es proyectada hasta el esfínter de la región membranosa, y como tiene libre la salida, en vez de franquear el esfínter,

retrocede para salir por el meato; de este modo se puede hacer pasar una gran cantidad de la solución para la uretra anterior.

Cuando se trate de una infección en la uretra posterior, como suele suceder en la blenorragia, el mejor modo de hacer la desinfección, consiste en servirse del instilador de Guyón, con cuyo aparato se hace el tratamiento *in situ*. Antes de proceder á la institución debe hacerse orinar al enfermo con el sano objeto de que la orina arrastre la cantidad de pus que pueda haberse retenido en la uretra posterior. Se coje entónces el instilador, que va lleno de una solucion de nitrato de plata al 2 por 100, y llegamos hasta sentir el esfinter de la región membranosa, lo franqueamos y en seguida el enfermo acusará un vivo dolor, síntoma que encuentra su razón de ser, no solamente por la inflamación, sino porque siempre la uretra posterior es mucho más sensible que la anterior: hacemos la instilación de 12 á 15 gotas y retiramos el instilador. Si la instilación ha estado bien hecha no saldrá la solución; pero si por el contrario sale ésta al retirar el instilador, la instilación ha estado mal hecha, pues quiere decir que se ha practicado más acá del esfínter membranoso, en cuyo caso tendremos que repetir la operación.

Se aconseja hacer orinar al enfermo ántes de la instalación, porque con el pus se forman albuminatos insolubles.

Vejiga.—El ácido bórico ha gozado de gran boga y crédito durante largo tiempo; pero hoy sabemos que no es un antiséptico, pues los cultivos tienen lugar á pesar de su presencia. Obra, sin embargo, y presta algún servicio cuando se emplea en gran cantidad; entónces podemos decir que su acción es mecánica: á esto se añade que es muy tolerado por la vejiga.

Sabiendo que la solución boricada no era un antiséptico se han ensayado otras, tales como las del naftol alcanforado y otras soluciones de iodoformo, pero sin resultado.

En la tuberculósis se ha ensayado la resorcina y el ácido láctico, sin resultados positivos.

En estos días se están haciendo ensayos con la creolina.

El nitrato de plata, que el profesor Guyón llama el *el amigo de las mucosas*, es el único que nos ofrece garantías, casi completas, bajo el punto de vista de la antisépsia.

Si en las instilaciones se emplea al 1/50, para los lavados de la vejiga se emplea al 1/500, y al 1/300: con la solución al 1/500 basta en la mayoría de los casos: para servirnos de ella debemos lavar primero la vejiga con una solución de ácido bórico al 4 por 100; se inyectan luego de la solución de nitrato 50 ó 60 gramos, que se retiran en seguida. El tratamiento puede hacerse todos los días ó cada dos, según la tolerancia de la vejiga.

Uréteres y riñones.—La antisépsia se realiza hasta la vejiga, con facilidad; pero esto no basta: á veces la infección viene de más alto, puede venir por los uréteres ó de los uréteres, del bacinete, y del riñón. En los casos, por ejemplo, de nefritis supurada, en que la infección viene del riñón, de nada le servirá al cirujano el hacer la antisépsia de la vejiga, pues la infección llega constantemente por los uréteres viniendo del riñón y pasando á la vejiga.

Para llegar á hacer la antisépsia de la parte superior del árbol urinario se han propuesto dos métodos: el método directo de Blummenthal y el método indirecto.

Por el método directo Blummenthal se propone hacer el cateterismo de los uréteres, penetrando en la vejiga por el tabique vésico-vaginal. Esta operación, sobre ser cruenta, nos parece de una dificultad extremada, y para convencerse de ello basta intentar, no ya en el vivo, sino en el cadáver y áun con la vejiga en la mano, el hacer el cateterismo indicado: esta operación expone además á una fístula vésico-vaginal, y es una nueva puerta abierta para la infección. Tiene también el inconveniente de no ser completa en los casos de nefritis, pues nos parece ilusorio por ese medio pretender llegar á los canalículos uriníferos.

En el hombre nos parece la operación mucho más difícil, porque es ménos fácil llegar á la vejiga y porque hay ménos campo operatorio.

Nos queda para terminar el método indirecto, que consiste en administrar al interior sustancias medicamentosas que, eliminándose por el riñón, sean capaces de producir la antisépsia del órgano.

El Dr. Terrier administra á sus enfermos ácido bórico, pero como sucede en las enfermedades del riñón, con la alteración en la secreción hay retención de úrea y ésta produce trastornos generales y dispépticos, que hace intolerable el tratamiento.

Se ha administrado el salol, pero no daba resultados por ser insoluble.

Ultimamente hay una nueva preparación Lacroix, de salol soluble, con la cual Albarrán ha emprendido experiencias, aunque con pocas esperanzas de llevar á feliz término el problema.

El Sr. Presidente: Consulta al Congreso si debe ó nó abrirse discusión sobre el trabajo que acaba de leerse del Dr. Llúria, anticipándose él á proponer que se suprima esta formalidad por virtud de ser un trabajo que venía del extrangero y no estaba presente su autor para defenderlo.

Aprobada unanimemente por el Congreso esta deferencia al aludido trabajo el Sr. Presidente rogó al Dr. Jacobsen diera lectura al remitido por los Dres. F. Guyon y J. Albarrán, de París, titulado:



Estudio experimental de la retención de orina.

Por los Dres F. Guyon y J. Albarrán.

Profesor de la Facultad de Medicina de París.

Primer Interno. Medalla de Oro de los Hospitales de París.

Hasta hoy la retención de orina ha sido casi exclusivamente estudiada bajo el punto de vista clínico: el único trabajo experimental que conocemos, el de Quinquaud, se limita á determinar los cámbios que la retención de orina provoca en la composición química de la sangre.

En otros trabajos, particularmente en una comunicación reciente á la Academia de Ciencias de París, hemos determinado la influencia de la retención de orina en el desarrollo de la infección urinosa y cuán fácilmente se provoca su explosión en los enfermos atacados de retención. Hoy queremos determinar las causas que conducen á que en la retención encuentren los micro-organismos fácil terreno de cultura y nuestro trabajo tiene por objeto el conocimiento de los cámbios anatómicos y fisiológicos á que conduce la imposibilidad de la micción.

Presentamos al Congreso la parte experimental relativa á la retención aguda completa de orina y pronto publicaremos lo que atañe á la retención incompleta crónica con lo que hemos podido observar en el hombre.

I.

ESTUDIO EXPERIMENTAL.

Nuestras experiencias se han llevado á cabo en 17 perros, 4 curieles y 4 conejos.

Teniendo por objeto nuestro estudio la retención aguda completa de orina, para determinarla hemos practicado la ligadura del pene. En algunas de las experiencias hemos tenido que sondar los animales con sondas bujías, otras veces hemos practicado punciones con el aspirador y también inyecciones en el interior de la vegiga: para todas estas operaciones hemos seguido las precauciones minuciosas que exige la antisépsia y siempre los animales en experiencia se han encontrado en buenas condiciones higiénicas.

(a) ANATOMÍA PATOLÓGICA.

La retención aguda de orina determina modificaciones anatómicas y fisiológicas en el aparato urinario: produce además modificaciones importantes en el estado general del animal en experiencia.

ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL APARATO URINARIO.

Vegiga.—La congestión vesical se manifiesta al principio por vascularizaciones, que son más acusadas en las partes vecinas del cuello de la vegiga y en el cuello mismo; pronto aparecen manchas equimóticas irregularmente diseminadas en la mucosa. Cuando la retención se prolonga, la mucosa aparece de un rojo oscuro, sembrada de anchas placas negruzcas y cuando se corta la vegiga se vé que la extravasación de sangre se estiende á todo el espesor de las paredes vesicales, sin que hayamos visto hemorrágias en el tejido celular prevesical.

Además de la congestión, la mucosa de la vegiga presenta una notable descamación epitelial: dónde el epitelio ha caído por completo la superficie mucosa presenta un aspecto mate liso y sin brillo; en otros sitios aún se ven placas epiteliales medio desprendidas adherentes por uno de sus bordes. A veces, en las retenciones de larga duración, se ven, á simple vista, los hacecillos musculares, disociados por la presión del líquido, separarse unos de otros; la mucosa forma hérnia entre las fibras musculares y la vegiga presenta una série de colúmnas salientes. Según esto, nos parece racional creer que la retención crónica juega un papel importante en la producción de colúmnas vesicales en los prostáticos.

El estudio microscópico de la pared vesical confirma el exámen á simple vista. La extravasación sanguínea y descamación epitelial son los fenómenos dominantes. La sangre se derrama entre los haces de la capa muscular, siguiendo sus contornos: en el tejido flojo de la submucosa y en el dérmis mucoso se distinguen apénas algunas fibrillas conjuntivas y algunas fibras elásticas entre los glóbulos de sangre: en algunos puntos el epitelio resiste todavía, en otros la descamación del epitelio ha sido completa y la sangre hace irrupción en la cavidad de la vegiga.

El epitelio no presenta ya sus caractéres normales: las células no se colorean tan fácilmente y presentan casi todas una forma aplastada y, solo como rareza, se ven esas formas prolongadas tan caprichosas de la capa media del epitelio normal de la vegiga.

La orina contenida en la vegiga aparece en el perro, al cabo de 20 á 24 horas, de un color amarillento súcio y ya entónces se distinguen al microscópio numerosos glóbulos rojos. Más tarde la orina toma completamente un color rojo, negruzco casi, y contiene coágulos de forma irregular.

Con el microscópio se ven, además de los glóbulos rojos, células epiteliales aisladas ó formando colgajos; á veces cilindros epiteliales ó cilindros hemáticos, parecidos á los que serán descritos al hablar del bacinete.

Cuando la retención se prolonga y el animal no muere de uremia sobreviene la ruptura de la vegiga; su contenido se derrama en el peritóneo y una peritonitis, más ó ménos intensa, viene á complicar el cuadro: amenudo sucede que una parte del epiplón se adhiere á la vegiga, disimulando asi la solución de continuidad.

La ruptura de la vegiga sobreviene en el perro de las 55 á las 70 horas después de la ligadura; existen uno ó dos orificios en la pared superior del órgano, con frecuencia en las cercanías de la inserción del uraco. El contorno de los orificios es bastante regular y de forma redondeada ú ovalar.

Examinando las piezas se comprende fácilmente el mecanismo de la ruptura: los hacecillos musculares se encuentran distendidos y separados y la mucosa, infiltrada de sangre y sin epitelio, se deja romper por la presión creciente del líquido. Siempre hemos visto que la ruptura tiene lugar en el interior del peritóneo: asi se esplica por dos motivos; primero, por el sitio que ocupa la perforación, que está revestido por la serosa, y segundo, porque la irritación producida en el peritoneo hace que la serosa adhiera en ese punto.

Próstata.—La hemos examinado una vez en el perro en una retención de 45 horas y nos ha parecido más gruesa que en estado normal, presentando además hemorrágias intersticiales.

Uréter y bacinete.—El uréter y el bacinete sufren también cierto grado de dilatación, pero dilatación que sobreviene más tarde y que varía según la especie animal y aún en la misma especie, según el indivíduo. En el perro se hace apreciable cuando la vegiga contiene 300 gramos de orina. En el conejo y en el curiel la dilatación es completa 48 horas después de la ligadura.

Cuando por la infección el animal adquiere una cistitis, al mismo tiempo que existe la retención, hemos observado que la dilatación ureteral ya no está en relación con la distensión de la vegiga; esta última puede contener poco líquido, miéntras que los uríteres se hallan fuertemente distendidos: veremos más tarde que esto es debido á las contracciones incesantes de la vegiga, que impiden al contenido de los uréteres vaciarse libremente. (Perro Nº 10).

En los casos en que la distensión ureteral no ha sido llevada al máximo se vé que, cuando se retira una pequeña cantidad de líquido de la vegiga, el uréter se vacía, aún cuando exista en la misma una cantidad considerable de orina: si la distensión ureteral es llevada á un alto grado y el animal está echado boca arriba los uréteres conservan su volúmen, aún cuando se haya vaciado completamente la vegiga. (Curieles Nº 3 y 4).

Con la distensión, los uréteres presentan fenómenos de congestión y de descamación epiteliales, parecidos á los de la vegiga.

La congestión aparece más tarde que en la vegiga y amenudo es mucho más pronunciada en el uréter que en el basinete. En los casos de retención prolongada el *bacinete* no presenta generalmente más que arborisaciones vasculares y algunos equimósis: el *uréter* presenta en toda su estensión un color más rosado, que se convierte en rojo oscuro, con algunas manchas negruzcas en sus tres ó cuatro centímetros superiores; las dos porciones de la mucosa están en este caso claramente limitadas por una línea circular que corresponde al cuello del bacinete.

Esta localisación notable de la congestión hemorrágica en la parte superior del uréter debe estar ligada á la observación hecha por Hallé, quien señala este punto como el sitio de elección de las ureteritis en el hombre.

La orina contenida en el uréter presenta un aspecto bien diferente de la orina contenida en la vegiga: cuando esta última es ya completamente hemorrágica, la orina de los uréteres conserva un color amarillo oscuro y parece más densa que la orina normal.

Rara vez la orina aparece teñida por la sangre; pero en un caso hemos visto un grueso coágulo amoldado en el bacinete.

Con el microscópio se vé una cantidad variable de sangre y en las retenciones prolongadas gran cantidad de elementos epiteliales, células y cilindros. Las *células* presentan las formas variadas del epitelio del bacinete, mejor conservadas que las de las vegigas: entre ellas algunas son cólulas epiteliales del riñón. Los cilindros epiteliales reproducen el molde epitelial de los canalículos del riñón: son á veces muy largos y las células que los forman suelen conservar sus carácteres, hasta tal punto, que se puede distinguir si pertenecen á los tubos rectos ó á las asas de Henle. Se comprende que el aspecto de estos cilindros varíe, según que los veamos en estas ó que hayan sido rotos durante la preparación. En el primer caso el cilindro aparece lleno y formado por pequeñas células pavimentosas. Cuando el tubo ha sido abierto se distingue la forma verdadera alargada ó cubicada de las células que lo forman y que limitan la cavidad central.

A veces se encuentra una variedad curiosa de cilindros constituida por un cilindro epitelial, cuyo canal central contiene un coágulo intracanalicular.

Al lado de estos cilindros epiteliales es menester hacer especial mención de los cilindros hemáticos; estos reproducen la forma de los canalículos, pueden presentar á veces una gran longitud y se encuentran formanos por glóbulos rojos, sujetos por una fina redesilla fibrinosa. Sucede que en la superficie de estos cilindros suelen encontrarse algnnas células epiteliales adherentes todavía.

En los córtes microscópicos del uréter y del basinete se ven lesiones análogas á las de la vegiga.

En las retenciones muy prolongadas todo está infiltrado de sangre, que se derrama entre los hacecillos musculares y en el tejido conjuntivo de la pared. El epitelio se halla en mejor estado que el de la vegiga: la mayor parte de las células superficiales han desaparecido, pero queda adherente á la pared una espesa capa de células alargadas, cuyos caractéres normales están bien manifiestos. En algunos puntos la descamación vá más léjos; no quedan ya sino algunas células basales, separadas por intérvalos despejados de epitelio ó bien se vé una placa epitelial completamente separada.

Riñón.—En el riñón vamos á encontrar lesiones comparables á las del uréter y de la vegiga.

La congestión es el fenómeno dominante; pero esta congestión que aparece más tarde y es ménos marcada que la de la vegiga es también más fugáz, y para podernos dar bien cuenta de ella es menester hacer la vivisección del animal en esperiencia.

Asi hemos podido darnos cuenta y apreciar la intensidad de esas congestiones, que desaparecen ó disminuyen después de la muerte.

El riñón congestionado aparece aumentado de volúmen; y á través de su cápsula, aunque opaca en el perro, se trasluce amenudo un fino punteado hemorrágico, y otras veces placas equimóticas. El riñón, separado del animal después de la muerte, sangra en abundancia cuando se corta; la superficie seccionada está sembrada de pequeñas manchas irregulares en la substancia cortical y de estrías rojas, radiadas en la porción piramidal. En ciertos casos de retención prolongada se ven anchas zonas hemorrágicas, sin forma determinada, dar una coloración negruzca á una gran parte, á veces casi todo el órgano.

Para hacernos cargo aproximadamente del cámbio de volúmen debido á la congestión, hemos medido los tres diámetros del órgano, no solo durante la vida, sino después de haber sacrificado al animal por hemorrágia. Es fácil comprender que con este procedimiento se debe obtener una diferencia ménos considerable en las cifras que la que existe realmente entre el riñón normal y el riñón congestionado; en primer lugar, porque este no puede volver enseguida á su volúmen normal, y en segundo lugar, porque existe casi siempre una mayor ó menor cantidad de sangre estancada en el parénquima.

Resulta de las cifras que hemos obtenido, que el riñón aumenta de volúmen, pero que sus tres diámetros aumentan de un modo desigual; asi es que encontramos, por término medio, un aumento de un sexto en el diámetro anterior-posterior, miéntras que en el diámetro vertical y transversal no aumentan más que en un décimo.

Estas cifras varían según el animal y de un riñón al del lado opuesto. Es curioso notar que 48 horas después de la ligadura las ci-

fras no difieren de las obtenidas con una retención que ha durado solo 24 horas: la congestión es, sin embargo, más fuerte en el primer caso, como lo prueba la abundancia de los equimósis; pero el riñón vuelve más dificilmente sobre sí mismo.

En resúmen y no obstante las diferencias individualee, creemos aproximarnos á la verdad cuando decimos que en largas retenciones de orina, esperimentales, el riñón aumenta en conjunto de $\frac{1}{6}$ á $\frac{1}{8}$ de su volúmen normal: este aumento de volúmen es sobre todo pronunciado en el diámetro antero posterior del órgano.

Para bien comprender este aumento de volúmen en el riñón es menester haber examinado córtes microscópicos de la cápsula del riñón; se vé entónces, entremezclada á las capas fibrosas superpuestas, una notable abundancia de fibras elásticas, finas, en forma de red. El estudio de estos córtes, demostrándonos los finos vasos sanguíneos, que pasan de la cápsula al interior del riñón, vasos que están sostenidos por algunas fibras conjuntivas, nos esplica sus desgarraduras y los equímosis subcapsulares, señalados ya en las largas retenciones.

El estudio microscópico del riñón dá resultados diferentes, según que la retención sea más ó ménos prolongada.

Simple dilatación vascular al principio la congestión, termina por hemorrágia en las retenciones medias de 36 horas. Aún en aquellos sitios en que no se distinguían equímosis á simple vista se ven al microscópio pequeñas hemorrágias intertubulares. En las zimas equimóticas la sangre se esparce entre los tubos y penetra en su interior. El epitelio está á trechos bien conservado y rodea el cilindro hemático; en estos puntos la hemorrágia intratubular es más abundante y el epitelio forma una delgada bordura ó se encuentra en parte desprendido

En las retenciones que duran sesenta horas ó más se ven, con las lesiones precedentes más estendidas, otras alteraciones notables. Algunos raros tubos contorneados presentan una dilatación evidente, amenudo limitada á un segmento del canalículo.

Los epitelios aparecen alterados en algunos puntos; las células muy granulosas tienen límites poco distintos, se separan fácilmente de las paredes y á veces la cavidad del canalículo está llena por un detritus granuloso. Las lesiones epiteliales pueden ir más léjos todavia; uno de nuestros perros vivió 113 horas con su ligadura y en sus riñones encontramos lesiones de digeneración grasosa. La grasa se presenta bajo la forma de pequeñas granulaciones refringentes, negras por el ácido ósmico, que nacen en el protoplasma celular: bien pronto la célula se destruye y en el tubo no se ven más que pequeñas gotas grasosas, entre los restos granulosos del protoplasma y de los núcleos. Esta lesión se encuentra particularmente en los tubos rectos de la

porción cortical, pero se la vé también en cierto número de tubos contorneados.

Es de notarse en el estudio contorneado de las lesiones renales, debidas á la retención simple aséptica de orina, que los glomerulos están poco ó nada alterados. A veces se ven pequeñas hemorrágias intraglomerulares; más raramente todavía una pequeña acumulación de líquido rechaza el paquete vascular y distiende ligeramente la cápsula de Boumann.

El tejido conjuntivo del riñón está siempre indémne; á veces un ligero edema y algunas extravasaciones sanguíneas, nunca se ven lesiones de irritación proliferante.

En suma, la característica de las lesiones renales en la retención reside en las hemorrágias parenquimatosas y en las modificaciones epiteliales, que varían de la descamación simple á la degeneración de las células El contraste resalta con las nefrítis difusas epiteliales y conjuntivas determinadas por la retención, acompañada de infección; en este caso el epitelio prolifera en ciertos puntos y degenera en otros, los glomérulos están enfermos, y el tejido conjuntivo proliferado, infiltrado de leucocitos, tiene participación activa en el proceso inflamatorio.

EFECTOS DE LA RETENCIÓN FUERA DEL APARATO URINARIO.

Cuando la retención de orina es poco prolongada los fenómenos congestivos quedan limitados al aparato urinario; pero si se prolonga se vé que la congestión toma proporciones considerables: se estiende á todo el sistema de la vena cava inferior y en ciertos casos á los pulmones.

El peritóneo presenta en las retenciones agudas prolongadas arborisaciones con punteado hemorrágico y en algunos casos anchas placas equimóticas. Estas lesiones, que aparecen en las dos hojuelas parietal y visceral del peritoneo, son más pronunciados en esta última: el gran epiplón, la inserción del mesentério al intestino son el sitio de predilección de los focos hemorrágicos. La congestión peritoneal nos dá bien cuenta del hecho síguiente, que es constante: en las retenciones un poco prolongadas existe un derrame sero-sanguinolento muy abundante en la cavidad peritoneal. Hemos señalado ya la ruptura intraparietal de la vegiga y la peritonitis consecutiva.

El intestino presenta amenudo un punteado equimótico por debajo de la serosa: en ciertos casos muy prolongados se ven grandes hemorrágias en la túnica mucosa: estas lesiones son causa de vómitos, á veces de diarrea sanguinolenta en algunos animales.

El hígado, el bazo, el páncreas, pueden presentar lesiones análogas, aunque ménos pronunciadas.

Las pleuras y los pulmones están sanos en la mayor parte de los casos: en algunos casos hemos notado focos equimóticos, sobre todo en la base de los pulmones.

El corazón contiene coágulos negros; el pericárdio no presenta alteraciones.

(b) FISIOLOGÍA PATOLÓGICA.

Las lesiones anatómicas que acabamos de describir debían alterar profundamente el funcionalismo del aparato urinario y, de ahí, influenciar todo el resto de la economía.

Las hemos estudiado considerándolas bajo este doble punto de vista.

I. FISIOLOGÍA PATOLÓGICA DEL APARATO URINARIO.

Las vías excretorias de la orina, vegiga, uréteres, son las primeras alteradas; la glándula renal funciona luego de una manera anormal y se producen modificaciones cualitativas y cuantitativas, más difíciles de precisar en el producto segregado.

Vegiga.—En el estado normal la orina que cae en la vegiga, grácias á la contracción ureteral, y en el hombre á la acción de la gravedad, distiende poco á poco el receptáculo: cuando la tensión ha adquirido cierto grado, la contracción vesical espulsa la orina á través de la uretra.

En la retención esperimental las contracciones se suceden con angustia y dolor, pero son impotentes á vencer el obstáculo.

Las primeras tentativas de micción vienen ántes de que la vegiga contenga la cantidad de líquido equivalente á la que es necesaria en el estado normal para que la necesidad de orinar sea sentida: esto se esplica haciendo intervenir reflejos partidos del punto de la uretra comprimido por la ligadura. Estas tentativas de micción se repiten á intérvalos cada vez más próximos y parecen acompañarse de vivos dolores; después el animal, fatigado, trata ménos amenudo de orinar, hasta que, agotado por el sufrimiento y los vómitos urémicos, se acuesta de lado y deja su enorme vegiga distender la pared abdominal sin procurar ya vaciarla.

Para analizar bien ese período último es necesario hacer una distinción capital entre las contracciones de la vegiga y las de los músculos estriados que ayudan normalmente en la micción.

El agotamiento del animal impide la contracción de los músculos de la pared abdominal, pero esos músculos conservan intacta su potencia contráctil y de ello nos hemos asegurado con la electrización farádica.

En la vegiga las condiciones cámbian: el músculo vesical ha perdido su contractilidad.

Para demostrarlo hemos hecho viviseccioncs á intérvalos variables del principio de la retención y hemos buscado la contractilidad farádica de la vegiga, ya sea colocando los dos polos sobre el órgano, ya fijando un polo en la colúmna vertebral y tratando con el otro de excitar en distintos puntos la capa muscular de la vegiga.

En esas condiciones hemos observado lo siguiente:

Al principio la vegiga responde con enérgica contracción al excitante eléctrico; más tarde su contractilidad disminuye y acaba por agotarse completamente.

Si la distensión de la vegiga no ha sido llevada á un alto grado la contractilidad vuelve á manifestarse cuando se vacía parcialmente el órgano; si, al contrario, la vegiga estaba muy distendida, se queda inerte después de vaciada: toda excitación es inútil, la contractilidad se perdió para siempre.

Uréteres.—Cuando, haciendo una vivisección, la laparotomía, se estudia la contractilidad normal de los uréteres del perro, se ven á intérvalos regulares contracciones peristálticas que empiezan cerca del bacinete y se propagan hácia la vegiga. Esas contracciones sobrevienen cuando la orina que baja de los riñones adquiere en los uréteres una tención suficiente para excitar la capa muscular de esos conductos. Si se excita la contractilidad del uréter, haciendo pasar una corriente farádica, se ven contracciones peristálticas bruscas, que se propagan hácia arriba y hácia abajo del punto excitado.

Cuando se provoca una retención experimental de orina la distensión excesiva del uréter y las modificaciones anatómicas, ántes mencionadas, producen cámbios interesantes en la contractilidad del uréter.

A las 24 horas ya no se observan contracciones expontáneas, y, sin embargo, hemos visto que la orina continúa acumulándose en la vegiga: esto enseña que el exceso de presión ureteral basta por sí solo para vencer durante algún tiempo la resistencia que ofrecen las paredes vesicales que comprimen el trayecto intraparietal del uréter.

Cuando se estudia la contractilidad farádica del uréter durante la retención de orina se la vé persistir más largo tiempo que la contractilidad expontánea. Al principio solo cambia el *modo de contracción;* el uréter responde á la excitación, pero solo se obtiene una contracción limitada al punto que se excita, sin que exista propagación peristáltica por encima y por debajo de ese sitio. Más tarde, á las 36 horas, la contractilidad farádica desaparece; pero si la retención no es aún de muy larga fecha, se vé, cuando se vacía la vegiga, que el uréter se vacía también y que á los pocos minutos ha recobrado su contractilidad.

Era cosa interesante determinar si el uréter puede presentar con-

tracciones antiperistálticas. Zemblinoff dice haberlas observado: inyectó ese autor en la vegiga culturas de micróbios, adicionadas con azúl de Prusia, y al mismo tiempo producía fuertes irritaciones mecánicas de ese órgano para provocar sus contracciones: con ese proceder encontró Zemblinoff partículas coloreadas en el bacinete.

Las condiciones de los experimentos siendo distintas nada podríamos nosotros deducir de los trabajos del autor ruso, y eso sin contar con que esos experimentos pueden conducir al error; en efecto, estando la orina teñida por el azúl podía encontrarse una coloración del bacinete debida á la simple difusión, sin hacer intervenir la contracción ureteral.

Cuéntese también que los micro-organismos, como uno de nosotros lo ha demostrado, pueden subir hasta el riñón á favor de sus movimientos propios.

Para ponerlos al abrigo de los errores que señalamos, hemos inyectado en la vegiga de animales de espécies diferentes un polvo inerte y ligero, el polvo de carbón vegetal; después de la inyección hemos ligado el pene de los animales para producir la retención. En esas condiciones hemos visto que á las 48 horas existen algunas partículas de carbón en la orina del bacinete, sin que las hayamos encontrado nunca en el riñón mismo. La cantidad de carbón encontrada en el bacinete ha sido siempre muy pequeña, apénas algunas partículas descubiertas con el microscópio.

La ascensión del carbón no puede explicarse sino admitiendo que las contracciones de la vegiga hacen refluir la orina hácia el uréter cuando la urétra está obstruida. Ahora bien, dado que cuando se distiende la vegiga el orificio de los uréteres se cierra el reflujo no puede efectuarse sino en el momento mismo en que la presión de la orina que baja del riñón es suficiente para entreabrir el orificio renal de los uréteres. Esas dificultades mecánicas que existen para que la orina de la vegiga penetre en el uréter, nos dan cuenta de la pequeña cantidad de carbón encontrada y nos explican porque, aún en las más largas retenciones, existe una notable diferencia en el aspecto y en la composición de las orinas contenidas en la vegiga y en el uréter.

Riñones.—Para estudiar la fisiología patológica de los riñones hemos determinado la cantidad y la calidad de los orines segregados durante la retención de orina.

Cantidad de orina.—A priori podía decirse que la congestión renal, observada en nuestros experimentos, determina un aumento en la cantidad de orina.

La experimentación demuestra que, cuando la retención es completa y persistente, la cantidad de orina segregada en las primeras 24 horas es superior á la que se produce en las segundas 24 horas; es

decir, que si á las 24 horas un animal ha segregado 300 gramos de orina, á las 48 su vegiga contendrá solamente 400 ó 500 en vez de 600 gramos, cantidad doble de la del primer día. Eso es debido, así lo creemos, sobre todo al aumento de la presión en el interior de los canalículos del riñón.

Si á las 24 horas se suprime la retención se nota en las segundas 24 horas un aumento constante de la secreción: entónces con haber vaciado la vegiga, se ha suprimido el exceso de presión intracanalicular y la congestión del riñón produce la poliuria. Para demostrar lo que aquí decimos hemos practicado sobre el mismo animal punciones de la vegiga á las 24 y á las 48 horas después del principio de la retención. He aquí algunos de los resultados obtenidos.

	Primeras 24 horas.	Segundas 24 horas.
Perro Nº 11	200 gramos.	260 gramos.
» » 12	170 »	250 »
» » 15	165 »	325 »

Se vé, pués, que la poliuria puede ser bastante para doblar la cantidad de orina segregada en las primeras 24 horas.

Algunas veces hemos observado en esos experimentos un curioso fenómeno: después de la punción de la vegiga puede sobrevenir una oliguria, llegando casi hasta la anuria completa. Así le sucedió al perro nº 14: á las 24 horas se retiraron por la punción 140 gramos de orina y al día siguiente murió el animal con una vegiga casi vacía. El perro nº 10 vivió 6 días y secretó 650 gramos en las primeras 24 horas, 250 en las 48 horas que siguieron y sólo 60 gramos en las últimas 48 horas de su vida.

Esos resultados deben conducirnos á una gran reserva en la práctica de la punción de la vegiga en el hombre.

Excreción de la urea.—Várias veces hemos visto que á las 24 horas la cantidad de urea contenida en la orina disminuye. Si entónces se vacía la vegiga, dejando la ligadura del pene, la orina de las segundas 24 horas contiene una cantidad de urea todavía menor que la del día ántes. Más arriba dijimos que en esas condiciones existe poliuria; ahora añadimos que el aumento en la cantidad de la orina no es suficiente para compensar la disminución de la urea.

Cuando la retención se prolonga, la orina segregada en las últimas horas contiene una cantidad de urea mucho menor que la segregada anteriormente. Para demostrarlo hemos recogido en el mismo perro la orina que distendía los uréteres y la contenida en la vegiga; luego, comparando la riqueza en urea de las dos orinas, hemos visto que la del uréter contenía dos ó tres veces ménos de urea.

Esa diferencia de composición comprueba bien lo que ántes diji-

mos: la orina de la vegiga y la del uréter no se mezclan íntimamente. Para comprender la dilatación de los uréteres no se puede, dado eso, admitir que los orificios ureterales estando forzados, se produzca en los conductos una dilatación de abajo arriba; hay al contrario que admitir la dilatación producida por la orina que, bajando del riñón, no puede penetrar en la vegiga llena. Ya las autópsias nos enseñaron en gran número de casos de retenciones crónicas que en el hombre se pueden ver uréteres cuyo diámetro alcanza el del intestino delgado, sin que los orificios vesicales de esos conductos sean más anchos que en el estado normal. Añadiremos que en la retención aguda tampoco están forzados los orificios ureterales y lo demostraremos con un muy sencillo experimento de resultado infalible. En una retención de 48 ó 50 horas se abre el abdómen del animal y buscando por detrás de la vegiga los uréteres se cortan esos conductos: la orina contenida en la vegiga no sale por los uréteres seccionados, aún cuando se apriete fuertemente el órgano con las manos.

Las cifras siguientes darán una idea de la disminución de la úrea durante las retenciones experimentales de orina:

	Antes de la ligadura.	24 horas después.	48 horas.
Perro Nº 14...	49 gr. por litro.	33 gr. por litro.	
» » 15...	51 » 24 »	62 » » »	12 gr. 24
» » 10...	60 » 40 »	45 » 12 »	22 » 76

	Orina de la vegiga.	Orina del uréter.
Perro Nº 10.—Retención de 6 días.....	22 gr. 56	11 gr. 92
» » 17.— » de 48 horas..	38 » 43	12 » 81

EFECTOS DE LA RETENCIÓN DE ORINA EN EL ESTADO GENERAL.

Los desórdenes anatómicos que hemos encontrado en los órganos, cuya circulación es tributaria de la vena cava inferior y la eliminación insuficiente de la urea por la orina, debian necesariamente ejercer su influencia sobre la economía entera; en efecto, nuestros animales morian por urémia ó por rotura de la vegiga con peritonitis consecutiva.

Muy amenudo la urémia es causa ocasional de la rotura de la vegiga: la mucosa alterada, privada de resistencia, forma hérnia al través de las fibras musculares disociadas y llega á ponerse en contacto con la serosa distendida, si entónces sobrevienen vómitos urémicos la presión del líquido contenido en la vegiga aumenta por compresión de los músculos abdominales y la pared vesical, asi adelgazada, acaba por romperse.

De 5 perros que habíamos dejado morir espontáneamente, en 4 la

muerte se produjo al tercer día (de la 55ª hora á la 70ª hora). En el 5º, por excepción, la muerte no tuvo lugar sino al 5º día á la 113ª hora de retención. Uno ó dos días después de hecha la ligadura los animales presentan vómitos urémicos, pero en la autópsia hemos encontrado 4 *veces* en *cinco* casos la vegiga rota. Estos resultados difieren un poco de los de Quinquaud: según este autor la muerte sobreviene en el perro al 4º día por urémia y excepcionalmente al 3º por rotura de la vegiga.

En un conejo, que dejamos morir también espontáneamente después de haber ligado la verga, la muerte tuvo lugar á las 52 horas y encontramos una perforación de la vegiga.

En los curieles la rotura de la vegiga es poco frecuente, sin duda á causa de lo bien musculado que es este órgano en esos animales. La muerte tiene lugar por urémia y sobreviene al fin del 2º día ó en el curso del 3º

ESTUDIO DE LA TEMPERATURA.

En la retención simple de orina, sin infección del aparato urinario, la temperatura es normal durante los dos primeros días y después desciende hasta la muerte, la que llega siempre con hipotérmia. Algunas veces la disminución de temperatura se presenta al día siguiente de la operación.

Según el Sr. Quinquaud la temperatura aumenta un poco los dos primeros días, disminuyendo después hasta la muerte.

Completamente diferente se presenta la escena cuando la retención de orina está complicada de infección del aparato urinario; entónces la temperatura sube y la muerte sobreviene á la hiportérmia.

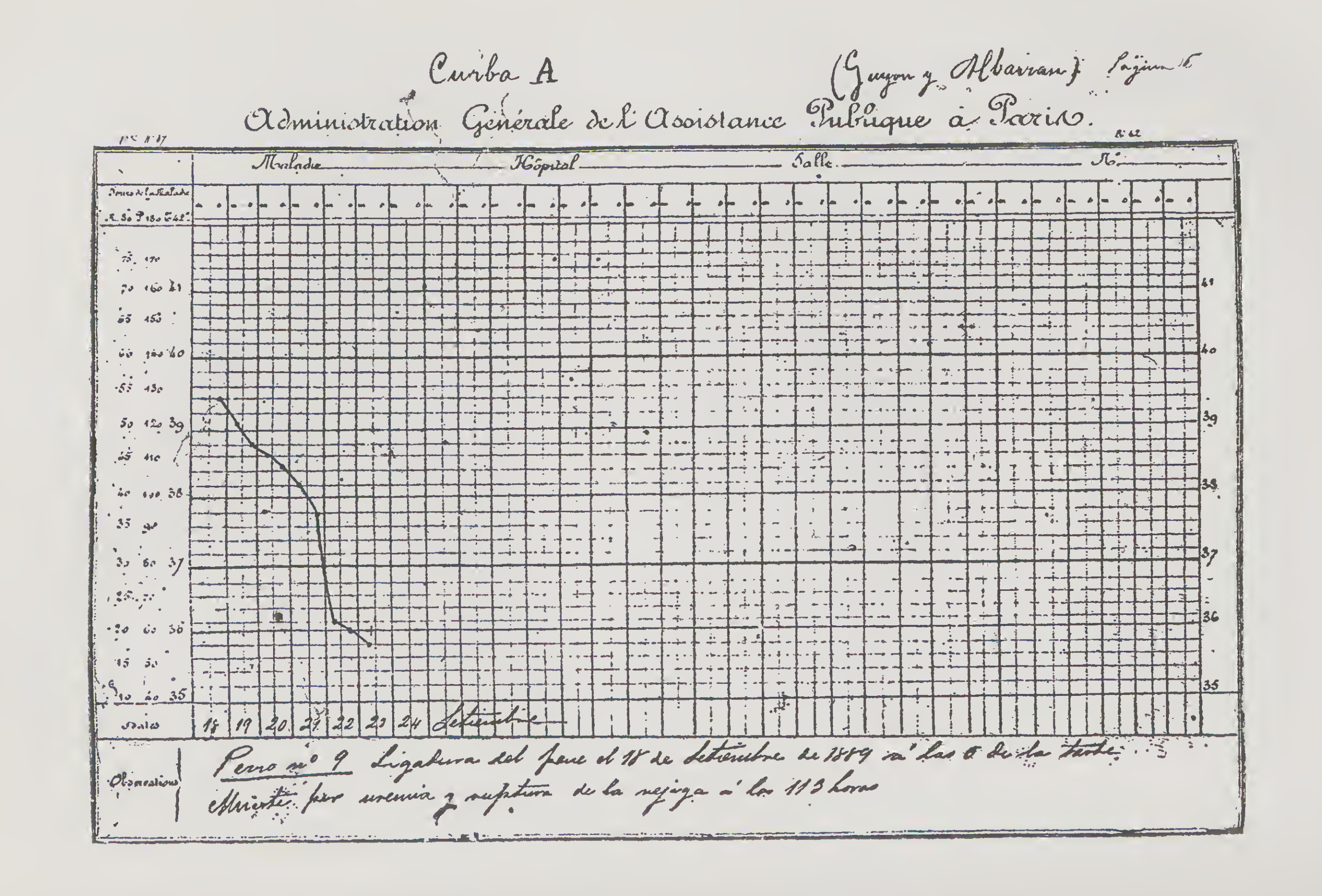
Compárense las dos curbas adjuntas.

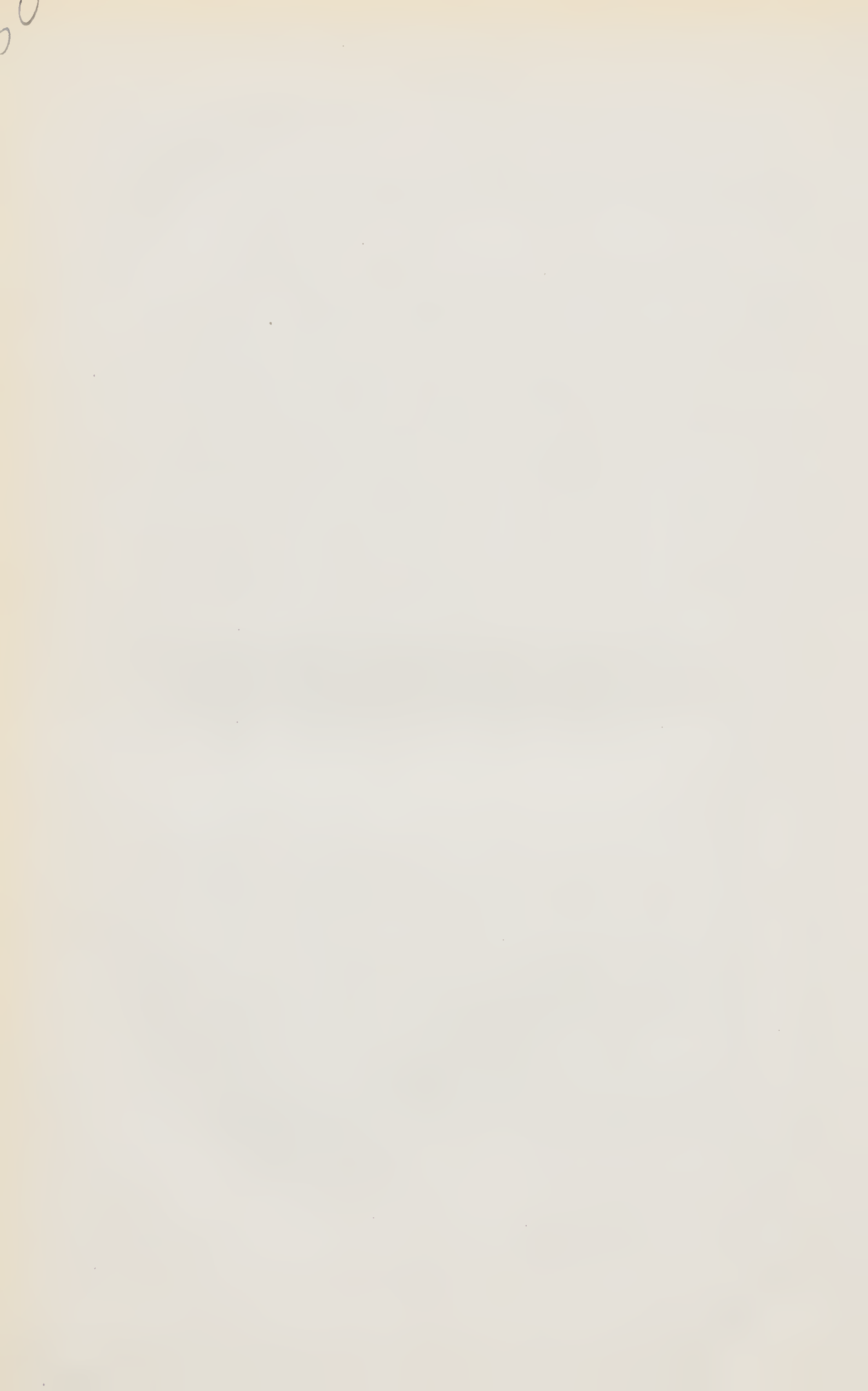
La curba A pertenece á un perro (Nº 9) que sobrevivió 113 horas á la ligadura peniana; desde el principio la temperatura descendió y la muerte vino con 35°.

La curba B indica la temperatura de un perro (Nº 6) muerto de infección 57 horas después de la ligadura de la verga. Se habían inyectado en la vegiga de este animal polvos de carbón con una sonda súcia y contaminada accidentalmente en el Laboratorio. La temperatura sube por la tarde y el animal muere con cerca de 41°.

Por el estudio de culturas hechas en la orina y el riñón de ese animal y por los córtes de esos tejidos hemos podido comprobar que la infección fué debida á la *bacteria piogena;* también vímos algunos raros micrococos.

También presentamos otra curba interesante para probar la influencia de la retención de orina sobre el desenvolvimiento de la infección urinaria y sobre la naturaleza microbiana de esta fiébre.


Curba A
(Guyon y Albarran)
Administration Générale de l'Assistance Publique à Paris.
Maladie
Hôpital
Salle
N°
18 19 20 21 22 23 24 Setiembre
Observations
Perro nº 9 Ligadura del pene el 18 de setiembre de 1889 á las 6 de la tarde.
Muerte por uremia y ruptura de la vejiga á las 113 horas
35
36
37
38
39
40
41



Curba n° B (Guyón y Albarrán) Página 16

Administration Générale de l'Assistance Publique à Paris

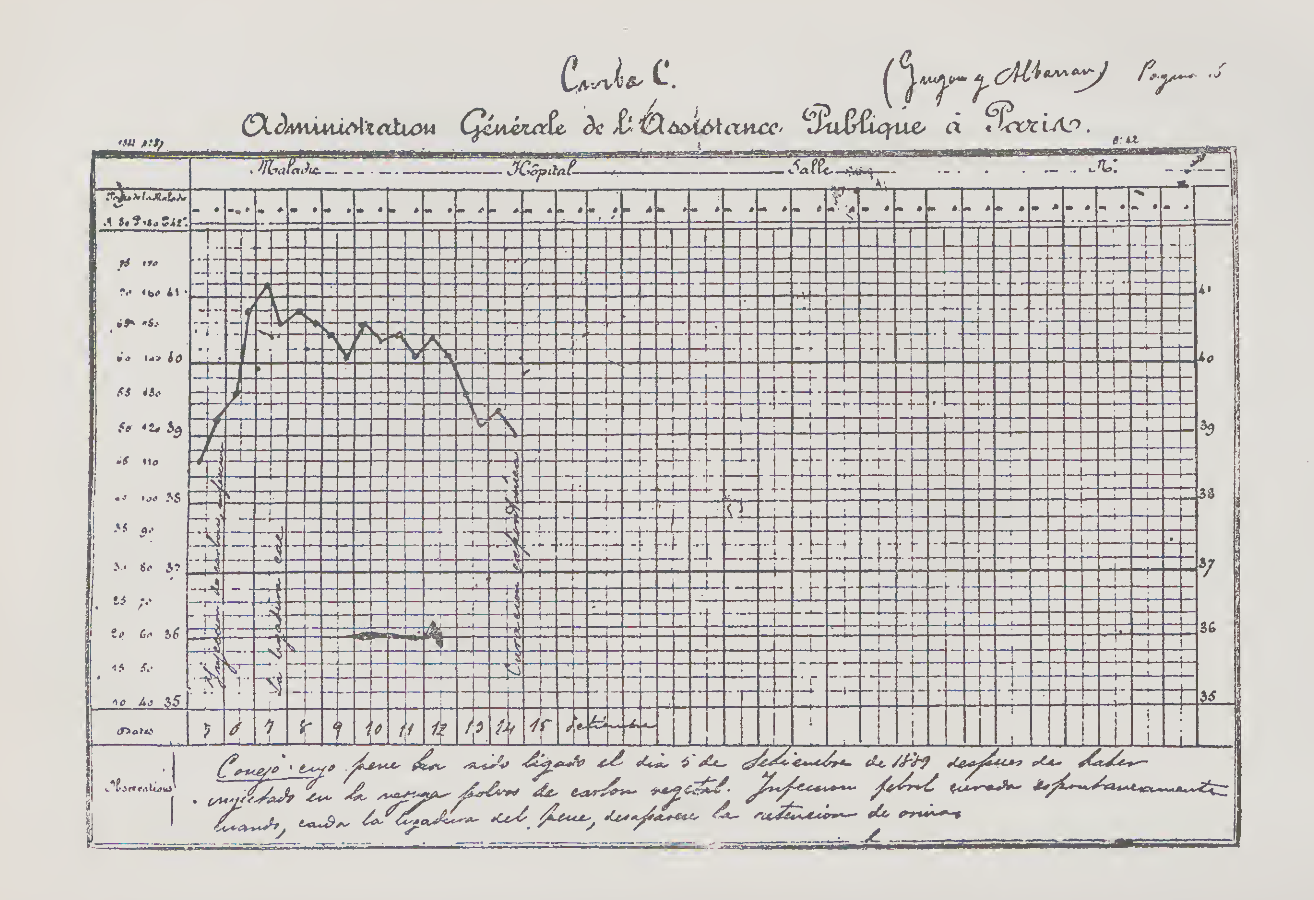
Maladie .... Hôpital .... Salle .... N° ....

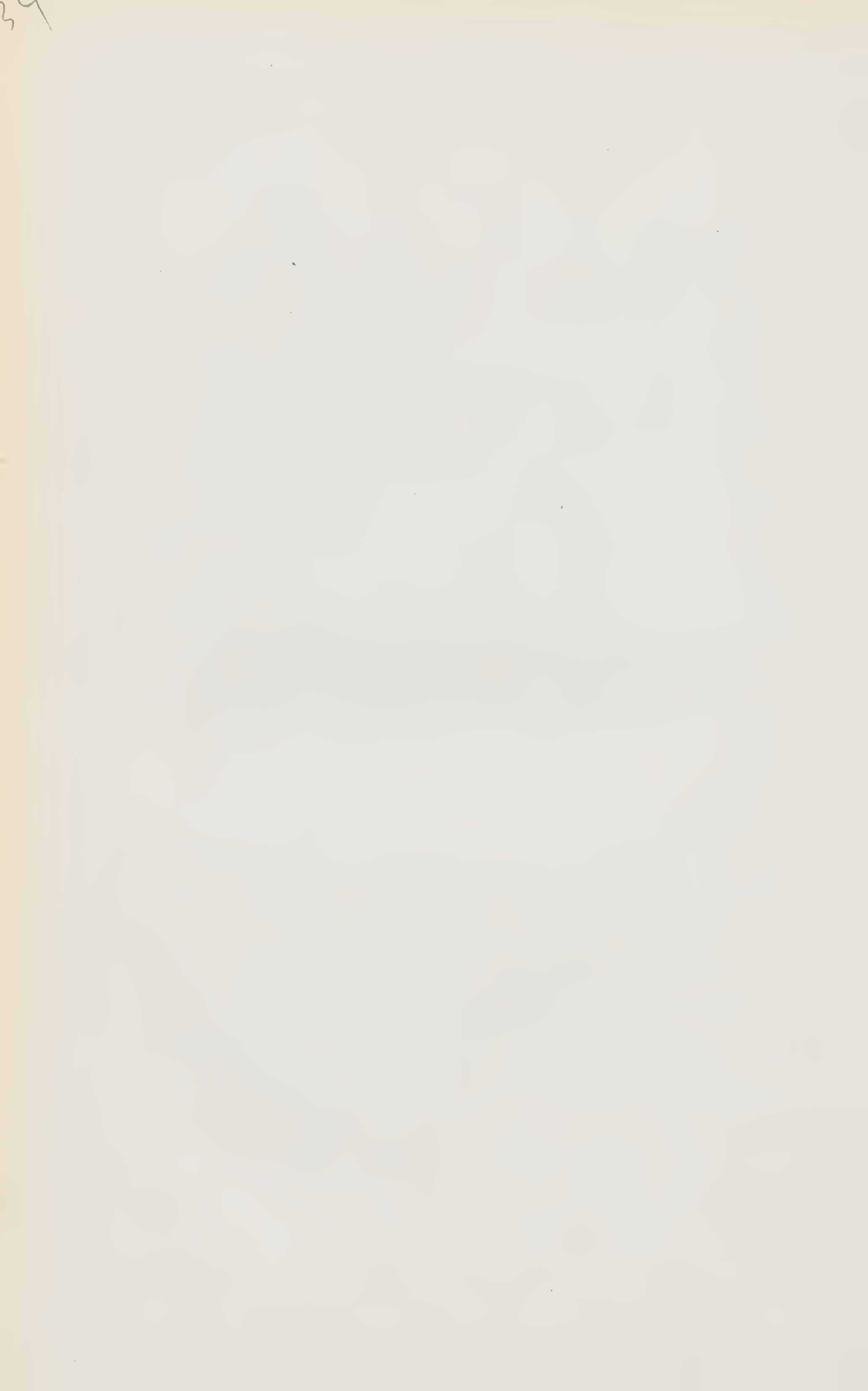
Inyeccion de carbon; infeccion

Dates	5	6	7	8	9 Setiembre
			Muerte		

Temperature scale: 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41

Observations: Perro n° 6. Ligadura del pene, inyeccion de carbon el 5 de Setiembre 1889.
Muerte por infeccion debida á la bacteria piógena.


Curva C.
(Guyon y Albarran)
Administration Générale de l'Assistance Publique à Paris.
Maladie
Hôpital
Salle
N°
La ligadura cae
Curacion espontanea
41
40
39
38
37
36
35
Dates
5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 Setiembre
Observations
Conejo cuyo pene ha sido ligado el dia 5 de Setiembre de 1889 despues de haber inyectado en la vejiga polvos de carbon vegetal. Infeccion febril curada espontaneamente cuando, caida la ligadura del pene, desaparece la retencion de orinas



Pertenece á un conejo inoculado accidentalmente en las mismas condiciones que el perro cuya historia acabamos de resumir. Como en el perro, sube la temperatura rápidamente más allá de 40°, pero entónces casualmente la ligadura de la verga se afloja, haciendo cesar, por consiguiente, la retención, y enseguida vémos la temperatura volver lentamente á la cifra normal.

La vuelta gradual de la temperatura al estado normal es debida en este caso á que la infección general no podía cesar sino después de la eliminación de micróbios y ptomaínas acumuladas en la sangre.

Queda pues establecido que en los animales la retención símple aséptica de orina determina una baja de temperatura, miéntras que la retención con inoculación de micróbios produce la fiebre.

Según el profesor Lépine, el riñón contendría sustancias piretógenas capaces, cuando son reabsorvidas, de producir una elevación de temperatura; pero el Sr. Lépine reconoce que estas sustancias no son reabsorvidas durante la retención de orina; es decir, que la retención es apirética.

ACUMULACIÓN DE UREA EN LA SANGRE, DISMINUCIÓN DE LOS CÁMBIOS ORGÁNICOS.

Nos queda por determinar que en todas las alteraciones anatómicas y en el conjunto de trastornos funcionales que hemos descrito, no se trata de símples fenómenos de órden mecánico, sino que á un momento dado la *acumulación* en la sangre de los productos escrementicios añade su acción y complica el cuadro sintomático.

Hemos visto que la secreción renal disminuye y acaba por suprimirse; hemos visto también que la orina segregada en los últimos tiempos de la retención es más pobre. No se necesita pues insistir mucho para poder atribuir á la urémia el papel que le corresponde en el cuadro de la retención de orina.

Además, Mr. Quinquaud ha establecido, por comprobación directa, en un notable trabajo, lo que nosotros hemos demostrado de una manera indirecta. Este autor ha visto que la urea acumula en la sangre desde la 48ª á la 72ª hora y que vá de 16 milgs. á 145 y de 25 á 189 miligs.

Según Quinquaud, la exhalación pulmonar de ácido carbónico disminuye á partir del tercer día.

Si nos colocamos bajo un punto de vista más general, estudiando el conjunto de fenómenos que la experimentación nos ha hecho conocer, el papel que juega la distensión toma una importancia capital.

Distensión de la vegiga, incapáz de forzar los orificios de los uréteres, pero suficiente para determinar una dificultad en la circulación y

después una congestión pasiva acompañada de hemorrágias intersticiales. A esto se añade más tarde el aplanamiento y caída del epitélio, lo que permite la irrupción de la sangre en la cavidad vesical, miéntras que la capa muscular, disociada por la presión del líquido y por la hemorrágia interfascicular, es incapáz de contraerse.

Este conjunto de trastornos vesicales, *acto vesical* de la retención de orina, es el primero que aparece, pero ántes que la distensión haya ganado las partes superiores del aparato urinario, vemos aparecer un fenómeno que tomará más tarde una grande importancia. Nos referimos á la congestión renal.

La congestión renal, ya apreciable en el perro á las 15 ó 20 primeras horas después del principio de la retención, no puede ser esplicada en sus primeros períodos por influencias puramente mecánicas, poco acentuadas al principio. Preferible es hacer intervenir la dilatación neuroparalítica de los vasos del riñón y aceptar la congestión refleja renal, bien demostrada hoy.

Más tarde sobrevienen fenómenos que nos esplican la intensidad creciente de la congestión, que se hace hemorrágica, y las importantes modificaciones que hemos encontrado en la secreción de la orina.

Este 2º *acto uréteroｰrenal* de la congestión principia con la distensión de la parte supra-vesical del aparato, producida por la acumulación de orina. La vegiga, cada vez más distendida, presenta un obstáculo creciente al uréter y el líquido acumulado distiende los conductos que debía recorrer: asi se encuentra la dilatación no solo en el uréter, sino también en los canalículos del riñón. La distensión trae consigo, como corolario obligado, la congestión mecánica, la que se añade á la congestión refleja del principio y entónces la sangre se derrama en las paredes del uréter, en el interior de los canículos renales y en el tejido que los separa.

Bien fácil es darse cuenta de esta congestión mecánica si se piensa el obstáculo que debe producir en la circulación de la doble red capilar, dispuesta en sistema porta en el riñón, la distensión de los canalículos uriníferos; basta recordar que esos vasos, sostenidos apénas por un tejido conjuntivo, tan ténue que su existencia ha sido puesta en duda, tocan casi directamente la pared de los canalículos. Los capilares venosos del riñón, como los de otros muchos órganos, Ranvier, presentan en su orígen una ampolla cuyo calibre es superior al de 3 ó 4 capilares arteriales de los que allí desembocan; esta particularidad es suficiente para explicarnos como la sangre, llegando con cierta facilidad por las arterias, encuentra una salida difícil del lado de las venas.

En el *uréter* la contractilidad acaba por desaparecer, lo que es debido por una parte á que los manojos musculares se contraen mal

á causa de la presión de la orina y de otra parte á que la hemorrágia intraparietal comprometa la nutrición tan activa de las fibras musculares.

En el *riñón* la hemorrágia intra-canalicular suprime funcionalmente cierto número de tubos y la descamación epitelial produce también el mismo resultado. Queda pues, una *cantidad menor* de sustancia renal capáz de funcionar.

Además, hemos visto que, según la duración de la retención, los trastornos epiteliales variaban desde el estado granuloso de las células hasta la verdadera degeneración del epitelio, alteraciones epiteliales tan importantes que tienen que traer necesariamente modificaciones en la composición de la orina. Pero no es esto todo; para comprender bien la fisiología patológica de la retención es necesario tener en cuenta otros dos factores. En primer lugar, como lo hemos ya dicho, la sangre se altera cada vez más en su composición y la cantidad de oxígeno que contiene disminuye; la nutrición se vuelve defectuosa en toda la economía y tanto más en el riñón, cuanto que su circulación está dificultada por el hecho mismo de la retención.

Por otra parte hay distensión de los canalículos y, por lo tanto, presión anormal en su interior: al mismo tiempo la estasia en los capilares sanguíneos modifica la presión sanguínea intra-renal. Nosotros vemos en estos hechos condiciones muy desventajosas para los fenómenos de ósmosis, cuya importancia es considerable en la secresión de la orina.

Ahora podemos comprender que en la retención de orina poco prolongada, cuando no existe más que una simple congestión del riñón, se vea aparecer la poliuria, que indica una sobreactividad funcional.

Más tarde, en las retenciones más prolongadas, el riñón segrega ménos cantidad de orina y la orina contiene en menor cantidad los productos excrementicios que se eliminan por el riñón.

Muchas causas producen este resultado: la cantidad menor de tejido capáz de funcionar; la nutrición defectuosa y las alteraciones epiteliales de la parte del riñón todavía activa: en fin, el aumento de presión intra-canalicular y las modificaciones circulatorias que crean las condiciones desventajosas en que se producen los fenómenos de ósmosis.

A este *acto uréteroro-renal* de la retención sucede lo que pudiera llamarse *el acto terminal* ó la intoxicatión del organismo; la sangre cargada de productos excrementicios no eliminados y pobre en oxígeno nutre mal los tejidos, los cámbios orgánicos son insuficientes y la exhalación pulmonar de ácido carbónico disminuye. Lentamente la muerte llega acompañada del cuadro sintomático de la urémia.

El Sr. Presidente: Manifiesta que las mismas razones que había invocado para pedir al Congreso que se suprimiera la discusión sobre el trabajo del Dr. Llúria, tenía para rogar que se suprimiera la del que acababa de leerse, y como el Congreso no podía contradecirse en su conducta la daba por suprimida, felicitando en nombre de él y en el suyo propio á los referidos doctores por la muestra de honrosa deferencia que daban al Congreso con la remisión de trabajos originales de tan elevada importancia.

El Congreso acordó por unanimidad que se consignaran estas manifestaciones como testimonio de su reconocimiento al Dr. Guyon y á los compatriotas distinguidos, que desde el extrangero ayudaban tan brillantemente los esfuerzos científicos de Cuba para su primer Congreso-Regional.

El Sr. Presidente dió por terminada la sesión.





OCTAVA SESION.

(21 de Enero.)

Presidencia: Vice-Presidente, Dr. Luis Montané.

Abierta la sesión, el Vice-Secretario, Dr. J. L. Dueñas, leyó el acta de la anterior, que fué aprobada.

El Sr. Presidente: Con arreglo á la órden del día tiene la palabra el Dr. Ulrici para dar lectura á su trabajo:

Estudio Químico del Isotoma longiflora: Prl.—(Revienta caballos).

Por el Dr. C. D. Ulrici.

Descripción botánica,—Este vegetal pertenece á la familia de las *Lobeliaceas*, tríbu de las *Lobélicas*, género *Isotoma.*

Sinonimia.—Hyppobroma longiflora.—Revienta Caballos.—Tibey Quibey; (Cuba y Puerto Rico.)

Historia.—Esta es una planta herbácea, originaria de la América cálida y Antillas, con sábia lechosa y que posee propiedades venenosas muy enérgicas, produciendo la muerte de los animales que la comen descuidadamente; posee un olor fuerte, viroso y desagradable. El doctor Grosourdy le asigna en su Médico-botánico-criollo propiedades medicinales muy apreciables, cuando se aplica su decocción en dósis conveniente, para tratar la bronquítis y el asma nervioso que ha sido rebelde á las solanáceas.

Hirviendo la raiz de este vegetal con aceite de oliva, se obtiene un aceite dotado de propiedades sedantes, enérgico remedio para aplicarlo en embrocaciones loco-dolenti. El Dr. Baudeloque empleó su infusión contra un idiota, con éxito, y según el Dr. Rumbado, los dolores de muelas ceden rápidamente con bolitas de algodón empapadas en el zumo lechoso de esta planta, y, por último, algunos prácticos le atribuyen propiedades anti-sifilíticas muy curiosas.

ISOTOMINA.

(NUEVO ALCALOIDE.)

Proceder de obtención.—Se prepara un alcoholaturo con la planta fresca, prévia pistación y alcohol de 95° G. L. macerando por 15 días, se filtra el líquido y evapora en B. M. hasta consistencia extractiva; se mezcla éste con ácido sulfúrico diluido al 10 por 100 y enseguida se trata por alcohol de 95°; en exceso, se precipita entónces buena proporción de una materia semi-sólida, insoluble y sulfáto potásico, se filtra y el líquido alcohólico se evapora hasta que por el calor haya perdido toda la parte espirituosa, diluyendo el líquido resultante en agua, la que precipita un cuerpo resinoso teñido de clorofila de olor característico: nueva filtración, tratamiento por sub-acetato de plomo. Eliminación del plomo del líquido procedente del precipitado plúmbico, por un soluto concentrado de *sulfato sódico.* Separación del sulfato de plomo por filtración, concentración del líquido al baño de María, acidulación fuerte del líquido después de frío por ácido acético y precipitación del alcalóide de dicha solución por el reactivo de Wagner (yoduro de potasio-yodurado) al estado de *Yoduro de Yodhidrato de Isotomina;* recójase el precipitado éste y, después de lavado, descompóngase por lejía de sosa: diluida en presencia del éter sulfúrico al 0'25 D., agítese fuertemente y repetidas veces, sepárese y destílese en aparato *ad hoc.* El resíduo, de aspecto oleoso amarillo y aromático, trátese por ácido clorhídrico diluido al 10 por 100, sepárese el cuerpo oleoso insoluble, fíltrese el soluto ácido por filtro préviamente húmedo, descompóngase de nuevo por lejía sódica, agitación con éter, destilación de éste y el resíduo es un cuerpo amarilloso, espeso, fuertemente alcalino al tornasol; más para purificarlo se requiere ahora neutralizarlo exactamente con ácido clorhídrico diluído, filtración, y descomposición de la sal formada por *carbonato sódico*; éste precipita el alcalóide, bajo la forma de gruesos copos blancos voluminosos; se agita entónces con *cloroformo*, el cuál se apodera del alcalóide en suspensión disolviéndolo y por separación de éste y evaporación expontánea, bajo una campana de cristal, abandona por resíduo final el alcalóide *Isotomina*, libre ya de la materia oleosa que le acompaña é impurifica en

las primeras manipulaciones, bajo la forma de un cuerpo amorfo de aspecto semi-blando, de color amarillo pajizo transparente.

Propiedades.—La sustancia Isotomina, colocada bajo una atmósfera confinada de ácido sulfúrico, pierde la humedad y se transforma en costras cristalinas, incoloras, compuestas de largos prismas radiados, que en contacto del aire se delicuescen, tomando de nuevo el aspecto anterior debido á su propiedad higrométrica: es inodora, sabor amargo pronunciado y fuertemente acre, es más pesada que el agua é insoluble en este líquido; más no obstante, en frío se comunica á dicho líquido lo suficiente para que su solución azulee el tornasol rojo, más soluble en caliente y en todas proporciones en cloroformo, éter sulfúrico, alcohol amílico, metílico, absoluto y aún en el alcohol oscuro; á la lámina de platino calentada se funde á 98° C.; bajo la forma líquida á 100° C. se volatiliza una porción y el resto se quema, despidiendo un olor á pluma quemada; el resíduo orgánico concluye por desaparecer por la combustión. Es fuertemente azoada y calentada con cal sodada, desprende abundantes vapores amoniacales.

Los ácidos nítrico, sulfúrico y clorhídrico disuelven, en estado de pureza y concentrados, á la *Isotomina*, en un líquido incoloro, sin dejar resíduo y sin descomponerla.

Este alcalóide se combina con todos los ácidos, formando sales cristalizables, incluso el acético, algo delicuescentes y muy solubles en el agua, si la neutralización ha sido perfecta é igualmente solubles en alcohol é insolubles en éter.

La *Isotomina*, en soluciones aciduladas, produce las reacciones características de esperar por la acción de los reactivos generales de alcalóides. Comportándose como base enérgica en presencia del yoduro yodurado de potasio, yoduro mercúrico-potásico, ácido tánico, pícrico, ácido fosfomolíbdico y cloruros aúrico y platínico.

Los alcalóides cáusticos no le descomponen visiblemente, sí en caliente, con desprendimiento de un cuerpo amoniacal volátil de olor nauseabundo.

Como complemento al estudio del vegetal, añadiremos que las semillas pulverizadas y agotadas por el éter rinden por la evaporación de dicho disolvente un 30 por 100 de un aceite fijo á la temperatura ambiente, de color amarillo rojizo, soluble en sulfuro de carbono, cloroformo y benzina é insoluble en alcohol de 95° G. L. saponificable y con todas las propiedades de una buena grasa líquida.

Dicho aceite arrastra en solución un cuerpo que lo cede al alcohol de 95° G. L. y por agitación, el alcohol, cargado de principio, se evapora y el resíduo es un cuerpo de aspecto resinoso-blando, de reacción ácida al tornasol, de color amarillo pálido, insoluble en agua, soluble en cloroformo y éter, insípido en el primer momento, pero que des-

pués tiene un sabor acre repugnante, que irrita fuertemente las fáuces si se han colocado algunos milígramos sobre la lengua; éstas semillas, una vez despojadas del cuerpo acre y del aceite, suministran el alcohol acidulado con acético un cuerpo resinoso, que, tratado por ácido sulfúrico diluido y lejía de sosa y agitando con éter, deja un cuerpo orgánico dotado de propiedades alcalinas enérgicas é idénticas reacciones que la *Isotomina* extraida del total del vegetal, en proporción de 25 m. m. por 1.000 de semillas empleadas.

Usos de la Isotomina.—Aún no ha sido estudiado este nuevo alcalóide en sentido terapéutico, pero hemos de suponer estará dotado, á no dudarlo, de propiedades clínicas útiles, y será de importancia su estudio, después de conocida su acción fisiológica, teniendo en cuenta la actividad medicinal que se le atribuye á la planta de que procede.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Delfin para argumentar.

Dr. Delfin: Opina que la sustancia presentada por el Dr. Ulrici con el nombre de Isotomina sea análoga á la Lobelina y lamenta que no se hubiera practicado el análisis elemental, pues es el que serviría para asegurar ó negar que fuera un alcalóide.

Dr. Semprun: Manifiesta que no puede admitir que la sustancia llamada Isotomina sea un alcalóide, porque el Dr. Ulrici no la ha definido con los carácteres de tal y termina interrogándole porque no empleó el ácido sulfídrico en vez del acetato de plomo.

Dr. Moreno de la Torre: Cree que no debe llevarse á la práctica terapéutica la Isotomina porque aún no tiene bien definidas, ni estudiadas sus propiedades, y su empleo pudiera ser de gráves consecuencias.

Dr. Torralbas: De acuerdo con lo manifestado por el Dr. Moreno de la Torre, pide que se practiquen ensayos con dicha sustancia en los animales, según los más modernos preceptos de la esperimentación terapéutica, y propone que se remita á la Academia de Ciencias Médicas para que se practiquen dichos ensayos.

Dr. Silverio: Dice que en tanto no se investiguen satisfactoriamente las propiedades que se derivan por el análisis del cuerpo y su constitución química, no puede dársele el nombre de alcalóide á ninguna sustancia y que para él la Isotomina no ha llenado esos requisitos indispensables.

Dr. González Curquejo: No encuentra satisfechas las principales condiciones para incluir en la lista de los alcalóides á la Isotomina y juzga que dicha sustancia no puede, por lo tanto, admitirse bajo ese concepto; así como que no es prudente su empleo en terapéutica miéntras no se conozcan, cual la ciencia señala, sus propiedades químicas y fisiológicas y las verdaderas indicaciones que haya de llenar.

El Sr. Presidente: No habiendo ningún otro señor que quiera argumentar se concede la palabra al Dr. Ulrici para replicar.

Dr. Ulrici: Dice que la Lobelina es un cuerpo líquido inestable y que la Isotomina es sólida y se diferencian perfectamente; que en el estudio de dicha sustancia solo ha comprendido las propiedades químicas del cuerpo y ratifica su creencia de que es un verdadero alcalóide.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Pérez Miró para dar lectura á su trabajo:

Aparatos especiales para fracturas de las extremídades.



Por el Dr. Abrahan Perez Miró. (Marianao,)

Sr. Presidente: Sres.: Sin pretensión de ninguna clase y movido nada más que por la idea de que se generalicen los aparatos moldeados de yeso y cuero, cuyas ventajas se comprenderán, es por lo que presento esta bréve nota sobre su construcción y empleo, según yo lo realizo. «Estos aparatos moldeados, dice Guillemin, refiriéndose al aparato de tela metálica de Sarazin, al de cartón y cola de Laforgue y al de Merchiee, moldeados préviamente sobre maniquíes ó sobre miémbros sanos, no hay razón alguna para que no puedan ser empleados además en la Cirujía de los campos de batalla, para la que han sido propuestos en la práctica civil con grandes ventajas.»

Siempre estuve conforme con esta manera de pensar de Guillemin, habiendo contribuido mucho á hacerme partidario de ellos el haber visto los de cartón endurecido, puestos por el Dr. Creus en su clínica de Madrid; más tarde, los ingeniosos corsets de yeso; luego las piezas de madera talladas á la forma del miembro, en su mitad ó tercera parte, empleadas en Alemania é Inglaterra; las canales de alambre y las de gutapercha, y el uso de los aparatos de silicato, de *quita y pon*, empleados alguna vez por los Dres. Casuso y Menocal, junto con alguna, muy vaga idea, de las férulas de cuero, usadas por algunos cirujanos de Méjico.

Vamos á describir con la mayor brevedad los aparatos de yeso, deteniéndonos más en los de cuero. Es de notar que vengo empleándolos hace más de cinco años en distintas fracturas de las extremidades y como aparato contentivo y otras veces de compresión en diversas luxaciones, en distenciones de ligamentos articulares, en artritis y en algunas paréxias de los miémbros inferiores. Los aparatos de yeso se hacen, como los corset, con vendas de tarlatana enyesada con ante-

rioridad y sumerjidas en agua fresca, á la que se añade goma ó almidon cocido. Se coloca en la mitad de la cara interna y externa una tira en cada lado, de hojalata ó zinc, en la dirección del miembro y más largas por arriba y abajo que la parte que ha de ser cubierta por el vendaje; tendrá centímetro y medio de ancho y tienen por objeto cortar con una cuchilla, sin temor á herir la piel, el vendaje enyesado, despues de seco. Quitado el aparato se forra por dentro con hule, en el caso de herida, siendo preferible esto á los barnices. Se ensanchan ámbas valvas por tracciones, hácia afuera, de sus bordes. Se pone en su interior, ó algodón en rama, ó un cojín de enguatado, idea esta última sujerida por el Dr. Morado y que tan perfectos se hacen en la mayoría de las máquinas de coser; se colocan en el miémbro ámbas valvas, que se sostienen ajustadas, ó por medio de tiras de esparadrapo, ó por lazadas, ó por cintas con hebillas. Este aparato de yeso puede ser empleado aún inmediatamente después de la fractura, á diferencia de la mayoría de los aparatos inamovibles, pudiéndose en estos, que describo, moderarse á voluntad la presión. Si la inflamación ó la existencia de una herida exigiesen el aparato de Scultet, puede usarse este aparato y sobre él moldear, como hemos dicho, ámbas valvas de yeso con sus lazadas, que vienen á representar las férulas del aparato de Scultet, con la ventaja de poder trasladar al fracturado con más comodidad y con mayor fijeza en los fragmentos. Se comprende perfectamente que estando bien limpio este aparato, después de usado una ó más veces, pueda continuarse aplicándolo á otros casos de fracturas del mismo miembro, siendo la talla análoga y también se vé que con tres aparatos de tamaño mayor, mediano y pequeño, por cada miembro toráxico y abdominal, se tenga un verdadero arsenal, que prestará preciosos resultados en casos de urgencia, como en las Empresas de Ferro-Carril, Casas de Socorro, Ayuntamientos y aún en los pequeños Hospitales.

Nada más cómodo, elegante, límpio, duradero, útil y fácil que un buen aparato de cuero, sobre todo en las fracturas sin solución de continuidad de la piel y aún en las luxaciones, como aparato de contención. Nada se habla de ellos en las obras que he consultado; se indica en alguna la posibilidad de su empleo, dando largas descripciones de los de zinc, silicato, dextrina, almidonados, de papel impregnado en óxido de zinc y pez, de papel y goma laca, etc, de cartón, cartón-piedra, gutapercha, madera, tela metálica, yeso y tripolita, sin poner detalle alguno sobre los que me ocupan, viéndose únicamente el empleo del cuero para algunas partes de los aparatos ortopédicos. Más como creo que son muy sencillos y puedo prestar algún beneficio á mis compañeros con su descripción, la haré con la mayor claridad que me sea dable.

Mido el largo que ha de tener el aparato en el miembro sano; humedezco este en su línea media y á lo largo; trazo de cuatro en cuatro centímetros con un lápiz dermográfico rayas pequeñas. Cortado el cuero del largo que se desea, se traza en su mitad una línea á lo largo; se corta esta línea, de cuatro en cuatro centímetros, por rayas transversales. Se toma la circunferencia del miembro en cada una de las líneas marcadas en él; se pasan estas medidas exactamente á igual distancia á uno y otro lado de la línea media hecha en el cuero, para lo cual es cómodo doblar la cinta por su parte media, después de tomada la medida y marcar esta distancia á un lado y otro de la vertical del cuero en su raya transversal, que corresponde á la marcada en el miémbro. Se unen estos puntos periféricos que marcan el contorno del miembro. Se corta con la cuchilla el cuero, desde la cara rugosa á la exterior lisa y planchada, dirigiendo el corte de arriba para abajo y de dentro á fuera: todos estos trazos en el cuero se han hecho en su cara rugosa, con lápiz dermográfico y humedecido ligeramente el cuero. Ya está en disposición de ser empleado. Si hay oportunidad de emplear broches, se ponen estos en los bordes de la cara lisa ó planchada, á distancia unos de otros como de tres ó cuatro centímetros. Este detalle de los broches es muy cómodo y perfecto y debe emplearse siempre que se pueda. En el caso de no tenerlos, habrá que afrontar los bordes al principio con vueltas de vendas. Se prepara el enguatatado como dijimos para los aparatos de yeso; en defecto de este perfecto enguatado se puede emplear algodón en rama, vueltas de venda, almohadillas de lienzo etc., ó el mismo Scultet si se prefiere. Se inmerge el cuero en agua alcalina, lejía común templada, agua y bicarbonato de sosa, ó disoluciones ténues de potasa ó sosa comercial y cuando está perfectamente suave el cuero, se escurre toda el agua, se pasa un paño con fuerza hasta dejarle húmedo, lo ménos posible. Se pasa por debajo del miembro, que estará cubierto según hemos dicho, por uno ú otro almohadillado de los descritos, y si el cuero tiene broches, se vá con un cordon fuerte enlazándolos, haciendo tracciones hácia uno, para que se adapte perfectamente á la forma del miembro; se deja en el sitio hasta que esté algo seco, en este país generalmente un cuarto de hora, y entónces se puede aflojar á voluntad. Si no hubiera broches, se rodea el cuero con un vendaje circular bien apretado, el cuál se quita á la hora y se reemplaza por correas ó cintas con hebillas mantenidas á conveniente distancia por el procedimiento que se crea más conveniente; yo me valgo como se vé de una cinta cosida á lo largo de la mitad de la cara planchada con espacios que permitan el pase de la cinta. Estos aparatos son susceptibles de muchas variaciones, según el miémbro en que se empleen y las circunstancias que concurran; por ejemplo, con orejuelas verticales en la

cara externa del pié. en las fracturas del fémur; con articulaciones, aparatos de extensión y contra extensión; con poleas para la elevación del miembro etc. Huelga con lo que hemos dicho indicar que estos aparatos pueden volverse á usar y adaptarse bien á otros indivíduos de talla análoga, durando en buen estado muchos años; pudiéndose rápidamente desinfectar por medio de la ebullición en un líquido antiséptico; quitándose completamente sus manchas por el uso de una ligera disolución de hipoclorito de sosa potasa y no tan bien con el de cal.

La impregnación, si se quiere, del exterior del aparato con una mezcla de vaselina y aceite de *maní* aromatizado con aceite de *abedul* ó de sándalo, ó de esencia de piel de Rusia, dada con un pedazo de paño y frotada la superficie con otro seco, completa la parte estética del aparato, y le dá cierta suavidad muy apetecible en estos aparatos inamovibles de fractura, sin perjudicar su fijeza y solidéz.

El Sr. Presidente: Los señores profesores que deseen examinar el aparato presentado pueden hacerlo, y queda abierta discusión sobre el trabajo leido, así como sobre la utilidad de aplicación de aquel.

Examinado el aparato por casi todos los señores presentes, felicitaron muchos al autor por la facilidad y economía de construcción, así como por las positivas ventajas de su aplicación, consignando particularmente los Dres. Morado, Cañizares, Reinery y Bellver su opinión de que debía generalizarse su aplicación y principalmente en las Casas de Socorro y Cuerpo de Sanidad.

Prévia la vénia del Sr. Presidente hace uso de la palabra el Dr. Pérez Miró para significar su agradecimiento por las frases lisonjeras que le habían dirigido y declarar que en ellas, más que justicia, reconocía la escesiva indulgencia del Congreso y particularmente de los Dres. Morado, Cañizares, Reinery y Bellver.

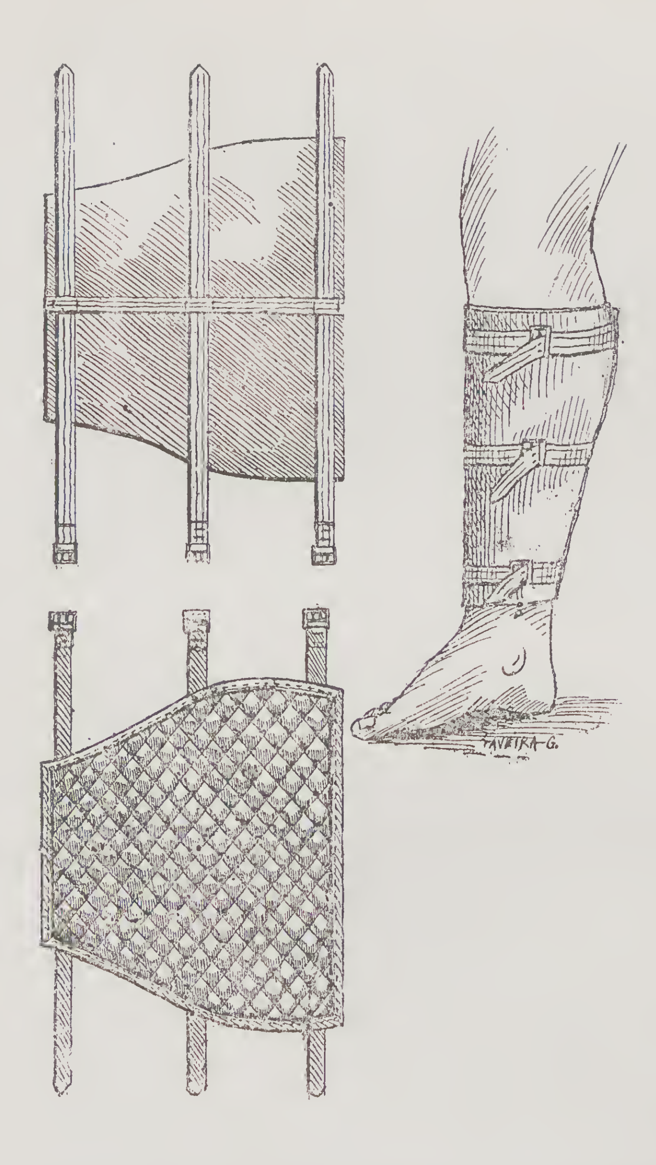
El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. I. Rojas para leer su trabajo:



Estudio sobre el modo de atenuar, abolir y combatir los efectos generales de la cocaina y manera de aplicarla en inyecciones submucosas.

Por el Dr. I. Rojas.

Sr. Presidente, Sres.: Desde los tiempos más remotos es incesante aspiración de la humanidad poder librarse de uno de los mayores castigos que sin trégua alguna acibara su existencia, y si es cierto que en variadas épocas todos los pueblos, las distintas y aún opuestas es-



Modelo de los aparatos para fractura, del Dr. Pérez Miró.

cuelas han estado conformes y no han dejado de trabajar en idéntico sentido, es innegable también que los apóstoles de la Medicina, en tantos siglos transcurridos, no pudieron alcanzar bajo este punto de vista relativamente lo que en estos últimos años para combatir el fenómeno dolor tan agoviante siempre y sobre todo cuando se trata de operaciones quirúrgicas en cualquiera región del cuerpo humano.

La aspiración del cirujano no se ha limitado solo á obtener la acción sedante, calmante ó carminativa de agentes como el opio, la belladona, el beleño etc., que con buen éxito combaten las más de las veces los dolores de distintas y numerosas enfermedades; necesitaba algo más para el ámplio ejercicio de su ministerio. La cirujía ofrecía un vasto horizonte á la humanidad, pero los enormes sufrimientos que su aplicación ocasionaba hacía las más de las veces imposible su intervención y por más que no puede negarse que la cirujía no es de hoy y que siempre ha reportado beneficios, hay que convenir en que las grandes operaciones, la alta cirujía, solo han pertenecido á este siglo y que su incremento indudablemente es debido al descubrimiento de la anestésia quirúrgica y de la hemostásis.

Por eso, después del descubrimiento de Souveiran y Liebig, que dotó á la cirujía de un agente tan precioso como el cloroformo, por cuyo medio se practican las más cruentas y delicadas operaciones sin ningún dolor, solo faltaba otro tesoro análogo de efectos locales para realizar igualmente las operaciones menores.

En la cirujía mayor está justificado; es más, se impone la necesidad de un anestésico general: la importancia de la lesión que se quiere combatir, el largo tiempo necesario para operar, el laborioso manual que requiere, la inmovilidad del enfermo necesaria y todos los demás requisitos indicados lo ameritan, y aún exponer el operado á la muerte tiene su esplicación, y querer establecer comparaciones entre estas operaciones de alta cirujía, que llegan á poner á descubierto las grandes cavidades, con otras insignificantes, como la dilatación de un abceso ó una avulsión dentaria, es una aberración.

De aquí también la racional división de los agentes anestésicos en *locales* y *generales;* de aquí el alto honor que le ha cabido al éter sulfúrico: su constante uso en irrigaciones y pulverizaciones para dilatar pequeños abcesos, flemones y numerosas operaciones de poca importancia le han hecho más útil y necesario como anestésico local, que como anestésico general en inhalaciones, puesto que con este objeto muy pocos son hoy los que le prefieren al cloroformo.

El éter en cirujía dental ha prestado y aún presta inmensos beneficios; ha sido tan imprescindible como anestésico local en nuestros gabinetes para estracciones dentarias, como el ácido fénico para el tratamiento de la cáries.

El éter sulfúrico, la rigolina, el cloruro de metilo, la morfina, el cloral, la esencia de menta, el cloroformo tópicamente, solo y mezclado con otras sustancias y hasta el fantástico *cánnabis índica* y otros, han venido aplicándose por nosotros de mil variadas maneras como anestésicos locales, con inimitable constancia y con más soñadas esperanzas que casos de éxito verdadero.

La anestésia local, á pesar de sus múltiples y variados agentes, no respondía en la mayoría de los casos sino en la imaginacion del paciente y aún del operador.

En esos casos sencillos en que las relaciones anatómicas y vínculos de unión entre los órganos dentarios y el hueso están debilitados por numerosas causas patológicas de forma crónica, en los casos en que la vacilación y espulsión propias solo bastan para desalojar el diente de su alveolo; en los casos en que ya esos órganos no pueden llamarse dientes sino cuerpos estraños, porque les falta cuantos elementos de vida deben tener para llevar ese nombre; en una palabra, cuando son raigones desprovistos de pulpa, sin perióstio que los sostenga en su alveolo, cuando están enteramente luxados y no guardan otras relaciones que una ligera unión gingival, á veces con ingurgitación y fungosidades mucosas periféricas, que hacen la parte ménos sensible á los dolores por el éxtasis sanguíneo que allí constantemente tiene lugar; entónces, cuando no son ya dientes, ni aún raices, sino verdaderos cuerpos estraños, es cuando todos estos agentes anestésicos locales producen ese efecto propio, muy fácil de esplicar ante las consideraciones mencionadas y que no á pocos prácticos sorprende, maravilla y deja satisfechos de todas sus aspiraciones.

Más no es este el terreno que necesitamos, dado nuestro estado de cultura actual, para aquilatar las maravillosas bondades de estos anestésicos locales, tan ensalzados: no son las avulsiones que hemos citado á lo ligero las que requieren nuestra atención; queden ellas para constituir, aún por algunos años, el tupido velo que viene cubriendo pasageramente á los charlatanes que desgraciadamente vienen a esplotar y desprestigiar nuestra profesión.

Nuestra, atención bajo el punto de vista de las estracciones dentarias y de los medios de producir el menor dolor posible en el acto de la operación, la reclaman los que podemos llamar con propiedad *estracciones dentarias;* es decir, aquellas que se verifican en dientes que tienen todos, ó por lo ménos, parte de sus elementos de vida, por más que ellos sufran determinadas afecciones. En estos casos es donde queremos que se nos demuestren esas maravillas que aún no hemos podido encontrar. Demuéstresenos la acción anestésica local suficiente, de que nos ocupamos, al estraer un diente, cuyo periöstio jamás haya sufrido afección infiamatoria alguna y sea la causa de la

estracción una pulpitis aguda, como las que se presentan á cada paso, que se trate así mismo de una periostitis hiperestésica, ó de afecciones simultáneas de ámbos elementos; que abscesos subperiósticos de forma aguda obliguen á estraer dientes de dos, tres ó más raíces, y en fin, que se requiera quitar el dolor por los citados medios ó agentes anestésicos locales en todas las estracciones que hagamos por distintas causas en dientes con vitalidad, y entónces, cuando allí se demuestre esta acción, se podrán admitir sériamente estos agentes como anestésicos locales suficientes para estas clases de afecciones.

Por ese motivo la aparición de la cocaina en la terapéutica hizo concebir las más halagüeñas esperanzas, que persisten á pesar de tener este alcalóide apasionados partidarios y detractores incansables.

Estas esperanzas, aunque más ligeramente, existen desde 1850 en que el químico alemán Niemann llegó á estraer de las hojas del Erythroxilon Coca un alcaloide al que dió el nombre de *cocaina* ó *erythroxilina* y que en 1862 Echroff reconoció que este alcaloide C 32 H 23 Az O 8 poseía la propiedad de insensibilizar la mucosa bucal.

No hay que decir nada sobre el particular, después, cuando su aplicación surgía á la vez casi en toda Europa, porque luego Koller, de Viena, demostró que la acción anestésica de la cocaina no se limitaba á la mucosa bucal, sino que aún era más manifiesta en la mucosa ocular; con tal motivo, desde que la oftalmología la aplicó con tan completo éxito en las operaciones dolorosas y que respondía brillantemente esta y sus sales, las esperanzas de la cirujía dental se acentuaron con sobrado fundamento, puesto que desde entónces su empleo se vulgarizó y la prensa médica de todos los países ha venido publicando trabajos clínicos de los más reputados profesores en que consignan los más satisfactorios resultados, no solo sobre las mucosas bucal y óculo-palpebral, sino también en la pituitaria, laríngea, en la de los aparatos digestivos, génito-urinario y otras aún en la piel.

En vista de tan satisfactorios resultados, la cirujía dental no podía ménos que regocijarse y empezar á practicar esperimentos y hacer ensayos con el nuevo medicamento, como anestésico local, para las operaciones dolorosas de la boca y especialmente para las avulsiones dentarias, que, como es sabido, á pesar de ser operaciones de las más pequeñas y de menor importancia, son, sin disputa, sino las más dolorosas por regla general, sí las más temidas y hácia las que se manifiesta más temor y adversión hasta por las personas ménos tímidas y de mayor discreción.

Por estas y otras consideraciones, que no queremos aquí esponer, estimamos que los nombres de Brettauer, Felschow, Witzel, Aubeau, Poisont, Viau Preterre, Brown Sequard y otros, serán recordados con respeto y gratitud por cuantos venímos trabajando para la obtención

de la anestésia local suficiente para las avulsiones dentarias y otras operaciones dolorosas de la boca, porque estos figuran entre los primeros profesores que han hecho ensayos con la cocaina en favorable sentido para el logro de uno de nuestros más perseguidos ideales, apresurándose á dar á conocer sus investigaciones, contribuyendo con ello á propagar el conocimiento de tan estimada sustancia, prestando así un importante servicio á la ciencia.

Entrando de lleno en el empleo de la cocaina para las avulsiones dentarias, diremos que no es nuestro ánimo dar á conocer este alcalóide ni sus sales por serlo ya suficientemente por tan escogido como inteligente auditorio, ni tampoco á demostrar sus bondades como anestésico local porque ya hoy es éste un punto admitido por la inmensa mayoría de los prácticos, que están de acuerdo en que es útil como anestésico local y que dá excelentes resultados para las avulsiones dentarias.

Ahora bien, si existe unidad de parecer con respeto á su propie, dad esencial y á su utilidad, no pasa lo mismo con respecto á sus efectos fisiológicos, que es el punto más culminante hoy que debe dilucidarse, porque su variedad y escasos conocimientos son la causa de que sobre tan interesante particular no haya escrito ni publicado nada en concreto, revestido de la seriedad que ello requiere y solo obtengamos ligeros datos dispersos, rodeados de más ó ménos dudas y desprovistos de la debida autoridad.

Todos conocemos las esperiencias hechas sobre animales para estudiar los efectos fisiológicos de la cocaina por Laborde, Fieit, Watzel, Rossbach, Anrrep y otros en conejos, perros etc., y poco más ó ménos podemos decir de los trabajos de unos y otros, que á dósis de 2, 4, 6 y 10 centígramos de clorhidrato de cocaina sentían gran excitación, inquietud alegre en los perros, respiración acelerada, sequedad de la mucosa bucal, faríngea, pituitaria y dilatación pupilar. A medida que se aumentaban las dósis, en relación á la especie y peso del animal, se acentuaban más estos síntomas; advirtiéndose además ataxia, irritabilidad gradual sensitiva, que no tarda en ser seguida de una parálisis; después tienen violentos espasmos clónicos; por último, pierden el conocimiento y quedan más ó ménos tiempo en un estado comatoso: al cabo de dos ó tres horas llegan á desaparecer estos fenómenos, observándose pocos casos de muerte y no teniendo lugar esta por los fenómenos cerebrales, ni cardiacos, como pudiera presumirse, sino por una parálisis de la respiración. Ahora, se desprenden de las esperiéncias últimas de Laborde, como conclusiones, que la cocaina produce una analgésia general, hiperescitabilidad ó convulsiones epileptiformes, ántes que ningún otro fenómeno apreciable, midriásis é insensibilidad de la córnea, que, al parecer, obedece á efectos generales difíciles de esplicar hoy.

Estos y otros conocimientos análogos se nos presentan casi como únicos, y no pocos prácticos parten sin miramiento alguno de ellos para administrar este alcalóide; pero nosotros juzgamos insuficiente todo esto y aventurado tal proceder porque recordamos los esperimentos de carácter químico fisiológico de Cl. Bernard, Vulpian, Schroff, Meuriot, Whaston, Dumeil, Schiff y otros con los alcalóides del ópio, belladona, digital etc., mucho ántes de conocerse la cocaina, y en los cuales por repeticiones se ha demostrado diferir bastante sus efectos en el hombre de los animales. Aplicando aquí racional y prudente criterio, corroborado por nuestras propias observaciones en el hombre, desconfiamos de que los efectos fisiológicos de la cocaina sean iguales en el hombre que en los perros, conejos y otros animales, á pesar de la respetable opinión de algunos de los autores citados, que aseguran completa identidad entre unos y otros; y razonadamente insistimos en ello, porque de las referidas esperiencias en distintas clases de animales se observa frecuentemente que la misma dósis de medicamento, aplicado en igual forma en animales de la misma especie, de peso y tamaño análogo, producen fenómenos diferentes y aún opuestos; detalle este de bastante peso que viene en nuestro apoyo para rebatir tan autorizadas opiniones.

Por otro lado, las esperiencias que venimos practicando constantemente desde que principió á darse á conocer esta sustancia, tanto en el hospital, en el Presidio Departamental, como en nuestra clínica particular, nos han demostrado palpablemente que pasa en el hombre lo que hemos citado ya en los animales ó sea el hecho de que iguales dósis de cocaina en sujetos de igual edad y demás circunstancias, producen efectos distintos y aún opuestos, al estremo de sentir algunos los más alarmantes fenómenos generales y perturbaciones considerables con dósis de 3, 6, 8, 12, 15 y más centígramos de cocaina, sin que por ello dejasen de sentir bastante dolor en el acto de la estracción, miéntras que otros con iguales dósis no han sentido absolutamente dolor alguno durante la operación, ni el menor trastorno, ni alteración que merezca mencionarse.

Parece incuestionable que la cocaina actúa sobre los centros nerviosos por intermediación de los nervios periféricos y sobre el cerebelo de preferencia; esto se deduce del hecho de producir las inyecciones sub-mucosas de este alcalóide y sus sales repetidas veces un movimiento de rotación de la cabeza hácia el lado opuesto al de la inyección, haciéndose otras veces este movimiento como de torsión ó de vuelta sobre el mismo tronco. Por estos y otros efectos muy semejantes algunos comparan la cocaina con el *curare*, asegurando que la primera paraliza las terminaciones de los nervios sensitivos, miéntras el segundo paraliza también las terminaciones de los nervios motores.

La cocaina, á dósis que podemos llamar terapéuticas, actúa como estimulante de los centros nerviosos, para cuyo efecto insensibiliza ántes las mucosas y en este grado de actividad se pueden verificar ciertas operaciones sin dolor, ni trastorno general las más de las veces; pasando estas dósis obra como soporífero, como estupefaciente; invade mucho más el cerebro sin que ello pueda traer mayor insensibilidad que la necesaria y obtenida sin llegar á este grado en que se inician fenómenos más ó menos peligrosos.

De una ú otra manera se observa claramente aumento de presión del líquido sanguíneo, de los movimientos respiratorios y de los latidos cardiacos.

La cantidad de saliva procedente de las glándulas sub-maxilares y también la de úrea están aumentadas, y parece lógico suponer que la cocaina se elimina por el riñón porque se ha demostrado la producción albuminúrica y la presencia de la glucosa en la orina. Este líquido está disminuído, elevada la temperatura y la parésia y constipación intestinal; todo en relación á la dósis del medicamento y la idiosincracia del sujeto.

Hemos dicho que la cocaina paraliza las terminaciones de los nervios sensitivos y ello está claramente demostrado, pero ahora falta saber si su acción es directamente sobre las estremidades nerviosas ó si, como parece más admisible, es debida á un trastorno vaso-motor en el que las arteriolas entran en contracción bajo su influencia y los filamentos nerviosos se ponen anemiados; siendo de todos modos un hecho que, cualquiera que sea el medio por el cual se manifiesten sus efectos ó propiedades, hace desaparecer, miéntras dura su acción y aún á veces después, el sentido del gusto, el del olfato, el del taeto y el dolor.

Hemos observado que el dolor que se produce en el acto de verificar una avulsión dentaria puede abolirse en absoluto, puesto que para ello solo tenemos que aumentar gradualmente la cantidad de cocaina, hasta que claramente se manifieste la insensibilidad, que tiene sus signos que no dejan lugar á dudas, pero los trastornos generales más ó ménos alarmantes que se presentan y el malestar que esperimenta el operado en repetidas veces, cuando se pasa de cierta cantidad, variable según el caso, nos impide frecuentemente llegar á este fin que tanto perseguimos, en obsequio á la prudencia y miramientos que en todos estos casos debe caracterizar al práctico.

Por este motivo hemos abandonado el empleo de la cocaina sola y emprendimos estos trabajos encaminados á abolir los fenómenos generales alarmantes que tan excelente sustancia produce y que impiden obtener de ellas cuantas bondades encierra para nuestra práctica.

En el último Congreso Dentario de París, realizado con motivo de la Exposición Universal, los profesores Poisont, Bleischteiner, Chauvin y el Dr. Dunogier, en sus trabajos sobre la anestésia local por la cocaina, indican 5, 10, 15 y aún más centígramos. Nosotros, por regla general, no usamos más de 2, 3, 6 y 8 y creemos que los casos en que el sugeto acusa dolor depende de la poca cantidad que nos vemos obligados á usar, y decimos que nos vemos obligados porque con estas pequeñas dósis que empleamos, á veces se manifiestan fenómenos generales desagradables, los cuales se hacen alarmantes cuando se eleva mucho más la cantidad.

Por eso se hace necesario yá, no sólo conformarse con decir que la cocaina es buena y recomendar tal ó cuál dósis y afirmar que por su medio se practican extracciones dentarias y otras operaciones sin dolor, ocultando sus inconvenientes y peligros, enseñando estadísticas admirables que no pueden ser verdad y conduciendo la investigación puramente científica bajo el punto de vista comercial. Es necesario ser verídico y honrado observador y sobre todo dirigir los trabajos de la manera más viable para contribuir al estudio más ámplio del conocimiento de los medios de conjurar los fenómenos generales que la cocaina produce tan repetidas veces y que son hoy los que dificultan la necesaria administración.

Nosotros hemos dado un paso en este sentido; hemos llegado á atenuar de tal manera los efectos generales y fenómenos alarmantes que produce la cocaina á dósis de 2, 3, 4, 6, 8 y 10 centígramos, que no hay término de comparación; verdad es que, según se vé en el cuadro adjunto, hay frecuentes casos que consignan trastornos vários y aún quizás los mismos que se presentan al emplear la cocaina sola, pero, la intensidad es muy distinta, su carácter alarmante ha desaparecido, así como su duración y el medio fácil y rápido de combatirlos no le conocíamos hasta ahora.

Nuestros experimentos han consistido en combinar tres alcalóides del ópio, la morfina, la narceina y la codeina, con la cocaina, cada uno separadamente y emplearlo en inyecciones sub-mucosas con el fin de atenuar ó abolir los repetidos fenómenos, objeto principal de estas líneas. La elección de estas sustancias para ensayos semejantes abedeció al conocimiento de su acción fisiológica, y dedujimos que sería posible su resultado porque vemos que la cocaina, dados los sígnos que la caracterizan, produce la analgésia, sin trastornos generales, por anémia más ó ménos profunda del sitio de la inyección y su vecindad, y asímismo esos fenómenos generales, más ó ménos alarmantes, son producidos también por una anémia del cerebro de variable intensidad en relación de la dósis, y, en tal concepto, parece lógico, para atenuar estos efectos, pensar en aquellos agentes que actuaran como modera-

dores ó antagonistas de la cocaina, y entónces ninguno mejor que estas tres bases del ópio, que producen su acción estupefaciente congestionando el cerebro, no estando en esto desacertados según lo demuestra el cuadro adjunto de 100 observaciones, elegidas entre muchas más, de extracciones dentarias por medio de la anestésia local, producida por la combinación de la cocaina y los mencionados alcalóides del ópio en soluciones acuosas inyectadas en el tejido jinjival, 100 observaciones de las que realmente ameritan el empleo de una anestésia local por tratarse en todas de dientes de gran vitalidad.

Hemos practicado ántes numerosas extracciones por medio de la cocaina sola, en solución acuosa también: al principio los casos de alteraciones generales eran frecuentísimos y en extremo alarmantes; poco á poco después, disminuyó el número de ellas con el perfeccionamiento de la técnica, de la posología y del conocimiento de las condiciones generales y particulares del sugeto, y si es cierto que últimamente son numerosos los casos felices de operar sin dolor, ni alteraciones generales, no puede negarse que frecuentemente el sugeto experimentaba mucho dolor, ó bien, si no sentía éste mucho, tenía alteraciones más ó ménos desagradables, lo cual no sucede hoy sino muy excepcionalmente empleando la combinación mencionada.

Después de ensayar distintas fórmulas ó proporciones de estas sustancias, hemos hallado ser las mejores las que damos á continuación, las cuáles usamos definitivamente, excepto en casos particulares, y las cuáles hemos empleado en todas las observaciones que acompañamos.

Solución analgésica Nº 1.

R.	Clorhidrato de cocaina.................	60	centígramos.
	Sulfato de morfina	6	»
	Acido fénico...............................	2	»
	Alcohol á 38°.	2	gramos.
	Agua destilada..........................	13	»

D. y fíltrese.

Solución analgésica Nº 2.

R.	Clorhidrato de cocaina................	60	centígramos.
	Narceina....................................	12	»
	Acido fénico.......................	5	»
	Alcohol á 38°........,..................	2	gramos.
	Agua destilada..................,........	13	»

D. y fíltrese.

Solución analgésica N° 3.

R.	Clorhidrato de cocaina................	60	centígramos.
	Codeina..................................	12	»
	Acido fénico..............................	5	»
	Alcohol á 38°............................	2	gramos.
	Agua destilada..........................	13	»

D. y fíltrese s. a.

La preparación de las tres fórmulas es muy sencilla: se pone en una pequeña medida de vidrio el ácido fénico, luego el alcohol, despues los alcalóides ó sus sales y por último el agua, disolviéndose fácilmente al agitarlo con una varilla de cristal; se pasa por un papel de filtro tupido y se guarda en pomitos esmerilados para el uso.

El ácido fénico en estas proporciones no influye en la acción de los demás medicamentos é impide en lo posible la alteración ó descomposición del preparado, lo cuál no se logra sino por poco tiempo, por cuyo motivo preparamos siempre poca cantidad en cada vez, pues, de lo contrario, la cantidad de ácido fénico necesario llegaría á alterar los efectos de las sustancias anestésicas mencionadas y no podríamos juzgar tan ciertamente de sus efectos.

Cada gramo de la solución analgésica número 1, contiene 4 centígramos de cocaina por 4 milígramos de morfina.

La solución analgésica número 2, contiene 4 centígramos de *cocaina* por 8 milígramos de *narceina.*

Y la solución analgésica número 3, también contiene 4 centígramos de *cocaina* por 8 milígramos de *codeina.*

Hacemos las inyecciones sub-mucosas con la geringa de Pravaz, modificada eligiéndo la aguja más fina, que cuidamos de conservar en el mejor estado de limpieza, así como de humedad la zapatilla del émbolo para que al inyectar no refluya el líquido hácia atrás, como acontece cuando no se tiene cuidado con este pequeño detalle; para proceder ponemos el sugeto casi horizontal en el sillón de operar, dispuesta la geringa con un gramo de la solución, hacemos la punción lo más cerca posible del cuello del diente, profundizando lo suficiente y con todas las precauciones que estas inyecciones requieren, por todos conocidas, para que el líquido quede depositado en el sitio conveniente de este tejido, inyectamos muy despacio para que sea lenta la absorción, no se distienda mucho la mucosa y evitar que el líquido se pierda ó vierta en la boca. Inyectamos medio gramo hácia la parte lingual y otro medio hácia la labial, y para practicar la extracción no esperamos espacio de tiempo determinado. Cási todos los prácticos aconsejan intervenir á los 4, 6, 8 y 10 minutos de practicar la inyección y algunos inmediatamente después de verificado esto.

Ni lo uno ni lo otro es racional porque no hay pruebas que lo demuestren debidamente; es tan variable el tiempo necesario para manifestarse la analgésia, que la lógica misma indica conceder á cada sugeto y en cada caso el tiempo que requiera; esta es nuestra conducta siempre; observamos la decoloración gingival y demás sígnos ciértos que presenta la mucosa, y sobre todo, provamos frecuentemente por medio de un instrumento punzante, cuando se establece la completa insensibilidad de las partes, y entónces, que puede ser inmediatamente, al cabo de 1, 2, 4, 6 ó más minutos, hacemos la extracción; no pudiendo fijar por tanto, racionalmente, tiempo determinado para ello.

Con respecto á prevenir y combatir en caso necesario los fenómenos generales, diremos que es fácil evitarlos muchas veces y combatirlos siempre; para lo primero, operamos, colocando ántes el sugeto en posición casi horizontal, haciéndole guardar esta posición por espacio de 15 á 30 minutos según la disposición del paciente y la cantidad de solúción inyectada; hacemos la inyección despacio, para que la absorción no se verifique bruscamente; no permitimos que varíe la posición ni para escupir; si el estado es enteramente satisfactorio, á los 5 minutos le suspendemos un poco, á los otros 5 minutos un poco más y asi sucesivamente hasta dejar el sillón en su posición natural y permaneciendo así unos minutos más ántes de levantarse. Si miéntras le vamos quitando de la horizontal notamos enfriamiento en las manos, aumento del que tienen, palidéz, sudor ó algo anormal, le volvemos á colocar horizontalmente y esperamos á que estos signos desaparezcan para volver á levantarle poco á poco y más lentamente. Estas ligeras precauciones son muy útiles; por medio de ellas nos libramos muy amenudo del disgusto de ver sugetos que han soportado perfectamente la operación sin dolor y que después han estado muy bién en el sillón, sufrir un síncope completo al levantarse bruscamente ó ántes de tiempo.

Cuando se presenta un síncope, lo cual sucede muchas veces, aún en las estracciones dentarias más fáciles, en que no se emplea anestésia alguna, colocamos el sujeto de modo que quede acostado y con la cabeza más baja que los piés y le hacemos aspirar unas gotas de nitrito de amilo, lo cual es suficiente por lo común, hecho de momento; dejando la respiración artificial, las corrientes eléctricas y demás medios indicados en estos casos para cuando se ameriten después. En seguida de pasar el síncope le damos de 20 á 40 gramos de cognac según los sujetos, y se reponen en seguida. Usamos este alcohol además en todos los casos en que se manifiesten trastornos por ligeros que estos sean; sus efectos son maravillosos, lo que se esplica teniendo en cuenta los efectos fisiológicos del alcohol sobre el sistema nervioso,

que exita por completo á pequeñas dósis y se conduce como la mayor parte de los estimulantes difusibles.

La morfina, narceina y codeina, se comportan como antagonistas de la cocaina, lo cual deducimos con bastante fundamento, no solo por la excelente manera como modifican los fenómenos generales que la última produce en la mayoría de los casos, sino también por lo fácil y rápidamente con que se combaten, por muy alarmantes que sean, cuando se recurre á estas sales, también en inyecciones sub-mucosas, en el mismo sitio ó muy próximo del en que fué practicada la primera ó primeras causantes de los trastornos.

Si la inyección empleada para la operación fué de la fórmula N? 1, se inyectan uno ó dos gramos de la solución antagonista N? 1, según la cantidad usada en la primera.

Si se hizo con la fórmula N? 2, se aplicarán uno ó dos gramos de la solución antagonista N? 2.

Y si fué del N? 3 ó de codeina se hará uso asimismo de la solución antagonista N? 3 en cantidad de uno á dos gramos.

Las soluciones sinérgicas ó antagonistas son las siguientes:

Solución antagonista N? 1.

R.—Sulfato de morfina .... 10 centígramos.
Agua destilada................................ 10 gramos.
D. y fíltrese, s. a.

Solución antagonista N? 2.

R.—Narceina.................................. 20 centígramos.
Alcohol.. 1 gramo.
Agua destilada................................ 9 »
D. y fíltrese, s. a.

Solución antagonista N? 3.

R.—Codeina.................................... 20 centígramos.
Alcohol á 38°.................................. 1 gramo.
Agua destilada................................ 9 »
D. y fíltrese, s. a.

Cada gramo de solución del N? 1 contiene un centígramo de morfina, cada gramo del N? 2 contiene dos centígramos de narceina, y la marcada con el N? 3 contiene también dos centígramos de codeina para cada gramo de solución.

No hemos probado si cualquiera de las tres soluciones antagonistas surte igual efecto indiferentemente; puede suceder, pero nos-

otros hasta ahora hemos cuidado de emplear como antagonista la misma sustancia usada como modificadora para la operaeión. Primero usamos una sola inyeceión, que, por lo general, es suficiente, sobre todo si en seguida también administramos un poco de eagnac, de 20 á 40 gramos, pero cuando á los 8 ó 10 minutos persisten los trastornos, sin dar notables señales de mejoría, recurrimos á la segunda.

Haeemos uso también con buen éxito de dos á seis cucharadas de la siguiente poción:

R.—Bromuro de potasio..................	10 gramos.
Hidrato de cloral............................	4 »
Estraeto tebáico........................	10 centígramos.
Goma arábiga..................	10 gramos.
Cognae	80 »
Agua..	60 »
Jarabe simple................................	110 »

M. s. a. para el uso.

Los buenos efeetos de esta poción se manifiestan en casi todos los casos; calma inmediatamente la exitación nerviosa y el temblor de las estremidades ante todo, disminuye el enfriamiento de las manos y la sofocación y eefalalgia; á los pocos momentos manifiesta el mismo paciente mareado bienestar; pero sobre todo en los casos que dá mejores resultados y para los cuales se nos oeurrió esta indieación, fué para las mujeres escitables, nerviosas, que con el menor motivo dan señales de más ó ménos histerismo y en estas la referida poción nos presta irremplazables servicios.

Un particular que bajo todos conceptos tiene bastante interés es el que se refiere á la posología. El conoeimiento de la cantidad de *cocaína* ó, mejor dieho, de las soluciones señaladas eomo analgésicas que debemos emplear para obtener el resultado que se apetece, es muy conveniente, y pudiera deeirse que de ello depende el éxito ó los trastornos ulteriores, y manifestaremos también aquí no estar de aeuerdo con los numerosos práctieos de coneepto que han dado á conoeer sus trabajos y los cuales ante tan espinoso asunto no han vacilado en señalar determinadas cantidades para las avulsiones dentarias, como si fuera posible que medicamento tan variable en sus efectos y que produce fenómenos tan complexos se prestara á tan cómoda indicación. Tanto en este punto, eomo en el que se refiere al tiempo en que debe intervenirse después de la inyeeción, estamos en eompleto desaeuerdo con los profesores más autorizados que han emitido ya su parecer. Unos marcan dósis mínimas de uno, dos y tres centígramos; otros, dósis medias de cuatro, seis y ocho, y no pocos, dósis respetables, en este terreno, de 10, 12, 15 y aún más.

El que estudie detenidamente este medicamento se admirará como nosotros de la frescura conque se resuelve semejante asunto en el día y afirmará que la cocaina no dá motivos para señalar racionalmente ninguna de estas dósis en todos los casos; creemos, ó, mejor dicho, sabemos que la cantidad necesaria es de 2 á 10 centígramos para casi todos los casos, pero es necesario fijarnos mucho en aplicar esta graduación y tener un juicio muy práctico y conocedor de estas sustancias para que no nos espongamos á los fracasos de operar sin anestésia alguna usando dos ó tres centígramos ó que asimismo, cayendo en el estremo de emplear 8, 10, 15 ó más, tengamos trastornos y consecuencias desagradables en que peligre el operado, la reputación del profesor y hasta la del medicamento.

Opinamos que aún este punto no puede presentarse dilucidado al alcance de todos y con preceptos y límites tan determinados y concluyentes, que debe quedar en estudio por algún tiempo porque está relacionado íntimamente con otros conocimientos médicos generales y particulares, que de consuno son los que vienen á indicar al práctico, cuando tienen delante el paciente y le ha examinado, la cantidad de cocaina que debe de emplear para la operación sin malos resultados.

Téngase presente que otros medicamentos; como por ejemplo, el ópio, la digital, la nuéz vómica, el cloroformo, los mercuriales, los iódicos etc. que nos son muy conocidos y tienen la garantía de su empleo durante largos años, se usan por los médicos más concienzudos y profundos clínicos con análogas precauciones, y al prescribir las cantidades lo hacen en relación á la edad, séxo, temperamento, idiosincrásia, hábito, tolerancia etc., llenando todos los preceptos recomendados por la ciencia en general, y de los cuales, no solamente creemos que no puede salir la cocaina, sino que, por el contrario, esta es hoy la más comprendida y que exige su severa aplicación dados los diversos y heterogéneos fenómenos que presenta y su variedad tan frecuente en el hombre y en los animales de la misma especie. Nosotros usamos cantidades muy variables según los casos y sabemos lo que debemos emplear en el sujeto después de un exámen y un interrogatorio delicadamente hecho: conocemos la constitución, el temperamento, disposición ó predisposición al procedimiento, calma ó intranquilidad; nos enteramos de sus estracciones anteriores del estado de la boca en general y particularmente del diente ó dientes llamados á estraer, de sus antecedentes nerviosos, coréicos, histéricos ó epilépticos, de si es propenso á vértigos, síncopes, lipotimias, hemorrágias; estado del aparato circulatorio, respiratorio y digestivo, de si ha usado la cocaina otra vez para operaciones ó al interior para combatir alguna afección gastro-intestinal; si le han administrado éter, morfina ú otros medicamentos activos y que efectos le produjeron; procuramos tam-

bién conocer su estado de ánimo y aún la temperatura, el pulso y la respiración, que muchas veces suelen constituir un dato importante aún ántes de operar, ni hacerles en la boca cosa alguna, no pasamos desapercibidos el período catamenial, y del conocimiento de todo esto y algunas pequeñeces más, que solemos investigar y hasta de la ocupación y capacidad del cliente, venimos á determinar la dósis de cocaina que hemos de administrarle; habiendo algunos casos en los cuales nos negamos á aplicarla por temores surgidos de nuestro criterio profesional ante el caso y otros por no permitir que injustamente se desacredite un medicamento tan precioso, pues á menudo se presentan clientes que el práctico conoce en seguida, que por sistema, falta de criterio ó educación, se disponen á ello, pues siempre y en todos los casos hacen movimientos aparatosos y gestos de los más ridículos, asegurando que la más insignificante operación les dolió atrozmente, siendo incierto; hemos tenido tipos de estos que han hecho igual afirmación después de una fácil estracción, verificada bajo la anestésia general clorofórmica llevada de intento hasta el período de relajación completa.

Casos como los que citamos ántes del cuadro clínico, ó sean trastornos múltiples de consideración, se presentan con frecuencia á todo el que emplee la cocaina sola en inyecciones sub-mucosas en estas cantidades citadas, que son bien reducidas: ahora, se dice que vários profesores aseguran que jamás han tenido un solo caso.

Observamos también que durante el período menstrual podemos disminuir la dósis cuando se trata de mujeres muy cloro-anémicas ó debilitadas, y, por el contrario, en las que no están en estas condiciones tan desfavorables, tenemos que aumentarla durante la época de este estado fisiológico tan especial.

Los niños toleran relativamente dósis mayores que los adultos, pero se dificulta su empleo en ellos porque después de sentir la punción, por ligera que sea, no se prestan á que la operación se les practique por este medio.

Las personas anémicas ó débiles soportan más cantidad relativamente, por lo general, que las muy sanguíneas y robustas.

Nada podemos decir con respecto á los que sufren lesiones orgánicas cardiacas, pulmonares, de las vías digestivas, etc:, porque en estos nos hemos eximido siempre de emplear esta y otras sustancias que ejerzan tan señalada influencia sobre los principales aparatos, vemos que ello es muy inconveniente por más de que no hay muchos casos desgraciados apesar de emplearse esta sustancia á discreción y sin las debidas precauciones por los que nada respetan y á todo se atreven.

En los sugetos, que sin ser lo que entendemos por alcoholistas, sin embargo, hacen repetido uso del alcohol, notamos ser mejor la narcei-

na y la codeina que la morfina, unidas á la cocaina, porque la morfina siempre y más en estos sugetos congestiona el cerebro y suele dejar luego algo de náuseas y cefalálgia, que rara vez proporciona la narceina, ni la codeina.

En resúmen: estimando que no podemos disfrutar sino en parte, de los inmensos beneficios que la cocaina puede proporcionarnos como anestésico local, á causa de los fenómenos generales y trastornos que produce con la mayor frecuencia, los cuáles daremos á conocer aunque ligeramente, citando algunos de los casos que hemos operado con la cocaina solamente, nos dispusimos á practicar experimentos en distinto sentido y con variados medicamentos con el fin de modificar, atenuar ó abolir los citados y repetidos trastornos, que vienen siendo el mayor obstáculo que se opone al éxito completo de tan estimada sustancia. Entre otras sustancias empleamos la morfina, narceina y la codeina en la forma ya indicada.

Es indudable que estas bases del ópio y la cocaina son antagonistas y el resultado que producen, combatiendo los efectos alarmantes de esta última, tienen igual explicación que los de la *atropina* sobre la morfina y otros opiáceos.

El cuadro clínico de 156 observaciones, en las cuales puede juzgarse cualquier sustancia anestésica porque son todas ó la mayor parte de dientes fuertes, con vida y en condiciones de gran sensibilidad, es bajo el punto de vista práctico, una recopilación de la que pueden sacarse datos importantes de la acción de la cocaina asociada á los repetidos alcalóides del ópio, y puede decirse que conocida ya la cocaina en sus aplicaciones, es curioso ver allí como se modifican sus efectos, lo fácilmente que se obtiene la analgésia y cuanto se ha conseguido por este procedimiento, en pró de la anestésia local, suficiente para las avulsiones dentarias y otras operaciones de la boca.

Ahora, para que se pueda establecer comparación y apreciar los éfectos del procedimiento, hacemos un extracto de algunos casos de extracciones por medio de la cocaina solamente, los cuales, sino son en profusión, se presentan con mucha frecuencia y la mayor parte decreciendo gradualmente y con algo anormal desagradable.

Sra. S. C. R., 28 años, fuerte, de buena salud y antecedentes nerviosos; 6 centígramos de cocaina en dos inyecciones: á los cuatro minutos extracción; sintió poco dolor, á los 12 minutos, bastante mal estar, dificultad de respirar y de deglutir, náuseas, sofocación, trastornos de la visión, agitación general y debilidad de las piernas, contracciones de los músculos de la cara y temblor de la mandíbula. A los 30 minutos dificultad de marchar. Pulso ántes de la operación: 70; después: 110.

Sra. M. L. M., 39 años, débil y nerviosa, acatarrada; 3 centígramos

de cocaina, extracción superior á los 5 minutos, sin dolor; sigue á la inyección gran fatiga, dolor renal, cefalálgia y trastornos visuales, estos aumentan á los 10 minutos y durante 45 siente gran debilidad, llora, se queja de ansiedad, mal estar y anda con dificultad para marcharse. Pasa en su casa todo el día y la noche con náuseas y constante cefalálgia.

Srta. J. G., de 20 años, bastante exitable pero muy saludable y con buenos antecedentes: con 2 centígramos de cocaina se extrae á los 6 minutos un molar inferior bastante difícil con poco dolor; á los pocos momentos se sintió fatigada, con sequedad en la garganta, insensibilidad de las extremidades, frialdad en las manos, cefalálgia, dificultad de la palabra y hormigueos, siente sueño á los 20 minutos, se da cuenta de no ser el dolor ni la aprensión sino efecto del medicamento todo lo que siente; tiene los dedos de la mano como atacados de parálisis, adormecidas las pantorrillas, epigastrálgia y tristeza, no distingue los objetos y cada momento solloza y rie. Pulso 115. Pasa después dos días de fatigas, mal estar y adormecimiento.

Don F. D., Médico de Marina, 40 años, fuerte y saludable; con 3 centígramos de cocaina, extracción de un canino superior, sin dolor, á los 3 minutos; á los 10 siente frialdad en las manos y lijero mareo, un poco de agitación; á los 20 minutos estaba bien; bajó la escalera con dificultad y marcha en coche á su casa porque fué muy acentuada la debilidad y adormecimiento de las piernas.

Sra. M. D., de 30 años, bastante nerviosa; con 6 centígramos en dos inyecciones, sintió poco dolor al extraerle un molar y un raigón superiores, pero enseguida acusa frialdad de las manos y calámbre en las piernas, temblores y debilidad general; este mal estar le duró una hora. Después supimos que en su casa estuvo soñolienta, con dolor de estómago, cefalálgia y que se sintió muy torpe para ir dos cuadras á pié. Todo el siguiente dia sintió zumbido de oidos, abombada y con escalofríos, deglutía con dificultad y la noche siguiente no pudo dormir por la excitación nerviosa y el frío que tenía.

Dòn L. C. A., estudiante de derecho, de buena salud, pero muy impresionable; se extrajo un molar superior, con 6 centígramos de cocaina, con poco dolor, á los 6 minutos de la inyección; á los pocos momentos acusa adormecimiento y abultamiento de la lengua y del lábio superior, insensibilidad en los piés y frialdad en las manos, pérdida de la visión momentánea, rigidéz de los dedos de la mano derecha, constricción de la garganta y sofocación. Pulso 120. A los 40 minutos se encuentra bien, quedándole únicamente dolor en la región poplítea y sensación como de tener fuertes ligaduras en las piernas.

Casos como estos se han presentado y se presentan con frecuencia siempre á todo el que emplee la cocaina sola en inyecciones sub-mu-

cosas en estas cantidades, que son bien reducidas; ahora, se dice que varios profesores aseguran que jamás han tenido un sólo caso de estos desagradable, y verdaderamente que los admiramos, porque, una de dos, ó no han empleado la cocaina jamás en inyeccioces sub-mucosas, ó, de lo contrario, cometen la simpleza de ridiculizarse ante sus compañeros y todas las personas inteligentes, ocultando hechos para engañarse á sí mismo y no contribuir, como es su deber, al conocimiento y estudio de particulares como éste que tanto interesan, no sólo á la cirujía dental, sino á la ciencia en general.

Para concluir, dejamos estos datos á la consideración de las doctas personas que nos escuchan, para que ámplia y francamente nos hagan las observaciones y aún impugnaciones que les sugieran y las cuáles tendremos el gusto de contestar, sintiendo no presentar un trabajo á la altura de este Congreso, á quien agradecemos su hospitalidad y deferencia.

Cuadro clínico ó **Estado** *que contiene* 156 *observaciones de avulsiones dentárias empleando la anestésia local por medio de la cocaína combinada con la morfina, narceína y codeína en inyecciones submucosas.*

Números.	NOMBRES.	Edad.—Años.	TEMPERAMENTO ó CONSTITUCION.	DIAGNOSTICO.	Centígramos de cocaina inyectada — SOLUCION. 1	2	3	PARTICULARES MAS NOTABLES.
1	N. L.	28	Nervioso Débil	Pulpítis aguda 2ª bicúspide D. S.	4			Dolor casi nulo: extracción á los 5 minutos de la inyección, mucha sequedad en la boca y ligera disminución de temperatura en las manos, todo muy fugáz: á los 15 minutos se despidió.
2	A. R.	30	Fuerte y sanguíneo	Pulpítis 1ª muela S. D.	4			A los 3 minutos, operación. Dolor nulo. Alteraciones ninguna.
3	L. C.	14	Débil y nervioso	Periostítis 1ª muela I. I.	4			Extracción á los 3 minutos, dolor casi nulo, manos ligeramente frías y un poco de cefalálgia: á los 15 minutos se despidió.
4	A. S.	20	Fuerte y nervioso	Absceso flemonoso	6			Dolor nulo á los 4 minutos. Canino S. D.
5	A. P.	14	Fuerte y saludable	Neurálgia facial	6			Sin dolor á los 6 minutos; extracción de la primera muela. D. I.
6	T. M. Cantante	30	Fuerte y poco sensible	Periostítis cordal S. D.	6			A los 5 minutos operación sin dolor.
7	M. S. Militar	22	Fuerte y nervioso	Periostítis 2ª muela I. I.	4			A los 6 minutos se operó sin dolor ni trastornos: ligera cefalálgia y pasajera.
8	R. R. Religiosa	55	Fuerte y sanguínea	Periostítis cordal I. D.	4			A los 7 minutos se opera sin dolor; está un poco nerviosa, llora y sale á los 15 minutos.
9	G. A. Estudiante	21	Nervioso muy débil	Odontálgia aguda revelde	4			Extracción á los 3 minutos. Dolor apénas perceptible. Ligeros mareos y enfriamiento muy ligero.
10	N. Z.	26	Nervioso y fuerte	Periostítis 1ª bicúspide I. D.	6			A los 4 minutos se opera. Dolor nulo. Ligera cefalálgia fugáz.
11	B. C. Labrador	40	Fuerte y sanguíneo	Odontálgia por abrasion de 2 dientes centrales	6			A los 7 minutos extracción sin dolor, ligera cefalálgia pasajera. Durmió después en su casa várias horas y se levantó con apetito.
12	I. S.	20	Muy anémica	Periostítis 1ª muela S. I.	4			A los 3 minutos extracción, sintió dolor muy ligero.

13	N. Costurera	24	Tuberculosa; poco sensible	Periostítis de la 2ª muela I. D..................	4			A los 5 minutos, se opera sin dolor. Poco de sofocación y tós, debidas á su estado. Muy contento del éxito y dispuesto para várias que le quedan.
14	F. C. Escribiente...	26	Fuerte y poco sensible..	Periostítis de las dos bicúspides I. I............	6			A los 4 minutos se operan ambos, sin dolor ninguno. Buen estado.
15	M. O. Comercio.. .	28	Débil......................... Sifilítico	Odontálgia...................... 2ª muela S. D.	4			Extracción á los 6 minutos sin dolor, mucha picazón en el pecho y brazos, que duró 10 minutos. Mucha sed y ligero enfriamiento de las manos.
16	S. M. Pintor.........	26	Fuerte y saludable	Pulpítis violenta, diente lateral S. I..........	6			A los cinco minutos se extrae sin el menor dolor ni malestar.
17	J. M. U. Médico...	34	Fuerte y saludable	Osteoperiostítis hiperestésica de 2 bicúspides y 1er. molar S. I.......	8			A los 6 minutos de la 1ª otra inyección. Anestésia á los 8 minutos. Extracción de los 3 dientes sin dolor alguno. La anestésia dura más de 15 minutos, pues á este tiempo hubo que extraer un fragmento alveolar profundo y no sintió nada tampoco. Un poco de cefalálgia y náuseas
18	A. S. V. Viuda reciente	26	Fuerte, muy sensible y dada á la tristeza	Erupción difícil del cordal I. D. Odontálgia violenta con accesos de manía agresiva.....	6			Extracción laboriosa, extensas incisiones á los 6 minutos sin el menor dolor. Tenía 5 días de período menstrual. Trastornos visuales y sofocación. Alarmante hemorragia que se cohibió por el taponamiento. Metrorragia enseguida, que cesó al poco rato. Tristeza, llora, siente cefalálgia y náuseas. Todo cesa al cabo de media hora y se siente contenta al darse cuenta que ya no siente los dolores que tantos días la tenían atormentada. Pulsaciones 120.
19	O. C..................	14	Muy gruesa pero escrofulosa y la piel siempre afectada............	Odontálgia, periostítis aguda 1ª muela I. I..	4			A los 4 minutos extracción sin dolor. Alteración ninguna.
20	D. L. Comerciante.	40	Fuerte y excitable	Pulpítis aguda del canino S. D..................	4			A los 6 minutos extracción sin dolor alguno. Momentánea cefalálgia. Pulsaciones 115.
21	M. L. S. Abogado..	48	Débil y dispéptico.......	Absceso perimaxilar por el canino S. I. edema del párpado y 40 grados de temperatura y fenómenos cerebrales.	6			Acostado en su cama le hacemos las inyecciones equivalentes á 6 centígramos de cocaina. Había gran hiperestésia del diente. Extracción á los 6 minutos, incisión profunda hácia la eminencia canina para desalojar parte del pús, todo sin el menor dolor. A los 15 minutos ligeras náuseas y cefalálgia. Mucho sueño. Al siguiente día desaparición el edema del pár-

Números	NOMBRES.	Edad.—Años.	TEMPERAMENTO ó CONSTITUCION.	DIAGNOSTICO.	Centígramos de cocaina inyectada SOLUCION. 1	2	3	PARTICULARES MAS NOTABLES.
								pado; la coloración, el abultamiento y temperatura normales, bienestar general. Dijo sentirá media noche entorpecimiento en las piernas y calambre, que duraron media hora. Pulsaciones 130.
22	F. G. N. Maquinista	23	Fuerte y saludable.... .	Periostítis aguda de 1ª bicúspide S. I.........	4			A los 2 minutos extracción sin dolor, ni alteración alguna.
23	R. N. Músico	37	Muy débil y nervioso...	Periostítis hiperestésica del cordal I. D........	4			Habia pasado poco ántes la fiebre amarilla tipo. Al instante de la inyección se operó sin dolor alguno. Hemorrágia alarmante, cohibida fácilmente, pulsaciones 110.
24	P. Sra. de Higiene	19	Muy robusta, saludable recién llegada	Pulpítis violenta, mucosa hiperestesiada por los cáusticos...........		6		A los 3 minutos de la inyección, extracción sin dolor. Un poco de disnea pasajera y sequedad de las fáuces. Pulsaciones 100.
25	La Gallega .... Sra. de Higiene . .	24	Sanguínea nerviosa...... Sifilítica ya curada......	Osteoperiostítis pertinàz de el lateral y canino I. I................		6		A los 3 minutos ámbas extracciones; fueron necesarias 2 inyecciones equivalentes á 6 centígramos, sintió muy poco dolor. Alteración ninguna.
26	D. M. Empleado...	38	Linfático y nerviosa....	Periostítis del 2º molar S. I. Odontálgia			4	A los 4 minutos extracción, sintiendo apénas el chasquido, según dice, del instrumento. Sequedad en la garganta, abultamiento y adormecimiento de la la lengua, pasajeros. Pulso 90.
27	R. V. A. Marino...	35	Linfático y reumático...	Neurálgia facial dependiente del 2º molar I. I. muy necrosado.. Fungosidades gingivales			8	Extracción laboriosa á los 5 minutos de la primera inyección sin dolor alguno. Extirpación de algunas fungosidades. Sequedad de garganta y ligero enfriamiento pasajero de las manos.
28	E. A. P. Practicante de farmácia...	20	Muy débil y escrofuloso	Periostítis difusa de los dos últimos molares I. I....			6	A los 3 minutos de la segunda inyección, extracción sin dolor. Alteración ninguna.

29	A. Z. J. Modista...	27	Linfática, nerviosa......	Pulpítis aguda del 2º molar I. D..............			4	A los 4 minutos extracción sin dolor ni trastorno alguno. Pulsaciones 90.
30	M. F. Agricultor...	40	Fuerte y sanguíneo muy sano	Odontálgia por fractura contusa de los dos centrales superiores..			8	A los 3 minutos extracción de las dos y cauterización con cloruro de zinc de los laterales, sin el menor dolor. Sequedad en la garganta.
31	A. V. D. Navegante	30	Linfático nervioso........	Periostítis de la 1ª muela S. I....................			4	Extracción á los 4 minutos sin dolor. Mucha sed y calor en la boca. Pulsaciones 90.
32	S. I. Estudiante...	19	Sanguíneo muy fuerte...	Periostítis del 1er. molar I. I........................	4			A los 4 minutos extracción sin dolor. Cefalálgia pasajera y fríaldad de las manos.
33	C. G..................	32	Nerviosa, histérica......	Periostítis hiperestésica del 2º molar I. I......	2			A los 3 minutos extracción sin dolor alguno. Cefalágia, escalofrio, contracción de las manos y trastornos de la visión, á los 15 minutos llora abundantemente y á los 30 queda bien. con sólo ligera cefalálgia.
34	J. R. C. Médico.....	38	Débil y nerviosa, pero muy saludable.........	Pulpítis del 2º pre-molar I. I.....	4			A los 3 minutos extracción sin dolor alguno. Ligera cefalálgia y náuseas.
35	A. L....................	12	Robusta, pero muy nerviosa.........	Pulpítis del 1er. molar S. D........................		4		A los 4 minutos extraccion con dolor muy ligero. Ninguna alteración. Pulso 90.
36	J. R. G. Sanitario..	29	Muy débil y anémico...	Periostítis del cordal I. I.		6		Extracción á los 3 minutos con muy ligero dolor. Sequedad de la boca. Pulso 100.
37	A. R. P. Profesor...	43	Robusto.................... Herpético	Periostítis de la 2ª muela I. D. obturada......	4		6	A los 4 minutos extracción con dolor ninguno, cefalálgia y náuseas pasajeras. Un poco de excitación nerviosa. Pulso 120.
38	N. P. Arquitecto...	45	Muy grueso, robusto y gotoso	Odontálgia por obturación intempestiva de la 1ª muela I. I........			6	A los 4 minutos extracción con dolor insignificante. Sequedad de la garganta, ningún otro trastorno. Pulso 100.
39	L. V. Comerciante.	36	Linfático y sifilítico......	Odontálgia aguda del 1er. mol I. D...........			6	A los 4 minutos extracción con ligero dolor. Siente calambres en las pantorrillas. Pulso 130.
40	S. R.............	65	Muy débil.................. Tuberculosa	Neurálgia facial dependiente de los dos caminos I. cariados			6	Extracción a los 4 minutos con ligero dolor al segundo. Sequedad en la garganta, sensación de hormigueo y ruido del oido. Pulso 110. Cesó todo á los 30 minutos. Por la noche hubo alguna disnea y tos.
41	B. I...................	53	Débil y escrofulosa	Absceso flegmonoso del cordal I. I..............		6		A los 2 minutos extracción sin dolor ni alteración alguna.
42	R. C. Fotógrafo.....	28	Sanguíneo.................. Saludable	Periostítis aguda del 1er. molar S. D...............			6	Extracción á los 2 minutos sin dolor ni trastorno alguno.

Números.	NOMBRES.	Edad.—Años.	TEMPERAMENTO. ó CONSTITUCION.	DIAGNOSTICO.	Centígramos de cocaina inyectada. SOLUCION. 1	2	3	PARTICULARES MAS NOTABLES.
43	E. A. D. Conductor de correos........	23	Débil y nervioso.........	Absceso caliente del 2º bi-cúspide S. D......	4			A los 3 minutos extracción sin dolor. Cefalálgia, vértigos y adormecimiento de las extremidades. Sujeto propenso al síncope y á los abscesos á la boca. A los 30 minutos sólo queda un poco de cefalálgia. Pulso 130.
44	M. O. Costurera...	24	Débil y nerviosa, antecedentes hemorrágicos uterinos	Pulpítis del lateral S. I. y congestión ginjival.	4			A los 4 minutos operación sin dolor. Cefalálgia y náuseas, ligeras ganas de llorar y un poco de excitación. Pulso 125.
45	A. O. Oficial militar	28	Sanguíneo, muy excitable y olor alcohólico..	Periostítis del 1er. molar I. D..................	4			A los 3 minutos extracción sin dolor. Ligera cefalálgia momentánea.
46	E. C. Abogado......	36	Fuerte y saludable......	Periostítis del cordal I. D.			6	A los 4 minutos se extrae sin dolor ni trastorno alguno.
47	A. M. L. Catedrático	54	Fuerte y bien constituido	Pulpítis de la 2ª muela I. D.			6	Extracción sin dolor á los 3 minutos.
48	F. L. Empleado ...	28	Linfático y debilitado...	Periostítis del canino S. D.			4	A los 3 minutos extracción sin dolor.
49	N. R. Z. Sirviente.	36	Bien constituido, histérico........................	Absceso de la 1ª bi-cúspide S. I........		6		A los 3 minutos extracción con dolor muy ligero. Cefalálgia. pasajera. Pulso 110.
50	U. W. Intérprete...	30	Sanguíneo y muy asmático	Pulpítis de la 2ª bi-cúspide S. I.......			4	A los 2 minutos extracción sin dolor.
51	L. R......	23	Linfático y enfermizo...	Periostítis del 2º molar I. D..	4			A los 3 minutos extracción sin dolor. Ligera cefalálgia. Pulso 100.
52	C. I. J. Enfermero.	26	Muy nervioso y excitable	Flemón subperióstico del 1er. molar S. I	3			Extracción á los 3 minutos, sin dolor; á los 10, sofocación, temblores, náuseas, epigastrálgia y trastornos visuales. Pulso 130, gran excitación. Todo cesó á los 25 minutos, ménos la cefalálgia, que pasó al conciliar el sueño en su casa.

53	L. F. D........	28	Cloroanémica y nerviosa........................	Neurálgia facial por el canino S. D............			6	á los 4 minutos extracción sin dolor. Sequedad de garganta, dificultad de tragar, sofocación y pesantéz de las piernas. Pulso 120. Está criando. A los 30 minutos cesó todo.
54	A. P. A. Relojero..	46	Fuerte, nerviosa, padece de jaqueca..........	Periostítis del 1º y 2º bi-cúspide I. D.........			6	Operación á los 2 minutos sin dolor.
55	D. P. Comerciante.	29	Linfático y sifilítico.....	Periostítis crónica y trayecto fistuloso á la piel del cordal I. I...			6	A los 3 minutos extracción con muy ligero dolor. Sequedad de garganta y pesantéz de cabeza. Pulso 88.
56	M. M. L. Maquinista..................	36	Sanguíneo, nervioso, saludable................	Tumor del suelo de la boca por el 1er. bi-cúspide I D...........			6	Extracción á los 2 minutos sin dolor ni trastorno alguno.
57	A. G. R. Comercio..	30	Linfático, nervioso, muy débil.....................	Pulpítis de la 2ª muela I. I.......................			6	Extracción á los 5 minutos con ligero dolor. Constricción de la garganta y un poco de disnea. Pulso 100.
58	L. W. Camarera....	32	Débil nerviosa...........	Fístula cutánea del 2º molar I. D...		4		Extracción á los 6 minutos con muy poco dolor. En período menstrual. Ligera frialdad de las manos y hormigueo en los piés. Pulso 120. Debilidad en las piernas.
59	E. D. V. Procurador.................	42	Sanguíneo................ Hemorroidario	Periostítis de la 1ª bi-cúspide I. I.............	6			Operado á los 3 minutos sin dolor. Cefalálgia, náuseas y constricción de garganta; pero muy ligera y fugáz. A los 20 minutos completo bienestar.
60	J. M. M. Viajante.	27	Sanguíneo, muy fuerte..	Periostítis violenta del 1er. bi-cúspide I. D...			6	A los 3 minutos extracción sin dolor, ni el más ligero trastorno.
61	S. Fondista..........	21	Linfático y acabando de convalecer..............	Periostítis hiperestésica del canino y 1º premolar I. D.........			8	A los 6 minutos ámbas extracciones sin dolor, sofocación, sequedad de garganta, enfriamiento de las manos y dolor en las piernas. Todo muy ligero; pasó á los 25 minutos. Pulso 95. Dos meses antes sufrió repetidos ataques de paludismo que la depauperaron mucho.
62	A. D. A. Cigarrero.	60	Linfático, dispépsico y muy débil	Periostítis del cordal I. D.........................			4	Operado á los 3 minutos sin dolor, ni el menor trastorno. Padecía ántes de hemicráneas.
63	S. R.....................	31	Nerviosa y anémica	Pulpítis del 2º molar I. S.........................			6	Extracción á los 5 minutos sin dolor. Ganas de llorar y un poco de excitación. Pulso 130.

Números.	NOMBRES.	Edad.—Años.	TEMPERAMENTO ó CONSTITUCION.	DIAGNOSTICO.	Centígramos de cocaina inyectada — SOLUCIOX. 1	2	3	PARTICULARES MAS NOTABLES.
64	D. R. G..............	34	Linfática, reumática.....	Periostítis del 1er. molar I. D.................		.4		A los 3 minutos operado con muy ligero dolor. Dolores contusivos en las rodillas, flojedad en las piernas y los brazos. Pulso 100. Todo cesó á los 20 minutos. Padecía luxaciones espontáneas repetídas de las articulaciones escapulo-huneral y témporo-maxilar.
65	A. S. Escribiente...	18	Sanguíneo, nervioso y muy excitable	Absceso sub-perióstico caliente muy difuso por el 2º molar I. I...	6			Operado á los 4 minutos sin dolor. Dilatación del flegmón lo mismo. A los 10 minutos se presentan ligeras náuseas y cefalálgia. Pulso 120. Todo cesó á los 30 minutos.
66	F. F. Militar.......	30	Linfático, muy pusilánime......... .... Tiembla ántes de ocupar el sillón	Periostítis del 1er. molar I. D.................			4	A los 6 minutos extracción. Dió un grito al extraer; pero aseguró no sentir dolor alguno. Se le dijo se recostara bien en el sillón para evitar algún mareo y enseguida dijo se sentía acometido de ligera frialdad de las manos y sequedad de garganta. Pulso 120.
67	L. N. Músico.......	42	Debilitado por la sífilis secundaria	Periostítis del canino I. D.			4	A los 6 minutos extracción sin dolor, ni trastorno alguno.
68	C. R. Sastre.........	35	Sanguíneo, nervioso y pusilánime..............	Neurálgia facial rebelde á todo tratamiento 2º molar I. D..............		4		Operación á los 2 minutos sin dolor.
69	A. R. Tiple de zarzuela......	25	Débil, escrofulosa, con cicatrices visibles del cuello, pero valiente..	Neurálgia; ocupaba la cara, cabeza y hombro derecho............			8	Hicimos la inyección en la superior primera y operamos á los 4 minutos, no sintió dolor ni malestar pasados 12 minutos, entónces hicimos la inyección de la inferior con otros 4 centígramos y operamos á los dos minutos, sin dolor también. Hacía alarde de su bienestar y elogiaba el proceder. Se inclinaba algo en el sillón y al bajar la cabeza para escupir

								sentía ligero vértigo, guardó entónces la posición indicada por nosotros y á los 15 minutos se retiró muy dispuesto y alegre.
70	B. G. Comerciante.	56	Sanguíneo .... Saludable	Pulpítis aguda del 2º molar I. D.............		4		Extracción á los 5 minutos sin dolor algnno.
71	S. S. P. Estudiante	2ñ	Nervioso, valiente y decidido..............	Periostítis de la 1ª muela I. D..................			6	Extracción á los 6 minutos, sin dolor, ni trastorno más ligero.
72	P. R. Pintor.........	30	Anémico y pusilánime..	Periostítis de la 1ª bicúspide I. I.......	4			Operado á los 3 minutos sin dolor. Constricción de garganta, cefalálgia y náuseas. Pulso 120. Todo cesó á los 20 minutos.
73	M. G..................	24	Muy débil, escrofulosa y asmática	Periostítis de la 1ª bicúspide y canino I. D.		8		A los 4 minutos extracción de ámbos sin dolor. Los 8 centígramos inyectados á la vez. Ligero vértigo, disnea y sofocación, frialdad de manos, debilidad en las piernas. Pulso 130. Todo cesó á los 30 minutos, ménos la debilidad de las piernas.
74	R. P.	63	Linfática y con deformación vertebral......	Odontálgia violenta del lateral D. S............			4	Extracción á los 4 minutos con ligero dolor; poca disnea pasajera.
76	M. A. S..............	73	Débil y con enterítis crónica	Absceso flemonoso muy difuso de la mejilla por el central S. D....			4	Extracción á los 6 minutos sin dolor. Debilidad general, calambres en las piernas, vértigos y frialdad en las manos. Pulso 120. A los 40 minutos sólo le queda la debilidad general. Otras veces se hizo extracciones por el éter localmente y siempre sintó vértigos y postración.
76	Mª Higienista......	22	Sanguínea, nerviosa y muy excitable	Pulpítis violenta del 2º molar S. D..............		6		Extracción con 2 inyecciones; una no producía efecto alguno. No sintió dolor. Gritó al operar, pero no supo que la extracción fué hecha sino al lavarse la boca. Estaba con el período. No hubo alteración alguna.
77	M. M. Propietario.	41	Linfático, nervioso muy excitable	Periostítis crónica del 2º molar S. D.............			4	Extracción sin dolor alguno á los 6 minutos. Sin alteraciones.
78	D. S. C. Presbítero	48	Sanguíneo, robusto y saludable	Neurálgia facial con todos sus focos dolorosos. Por el cordal I. D........		6		A los 5 minutos extracción con muy ligero dolor. Constricción de garganta, nada más. Pulso 90.
79	R. L. H. Hacendado................	59	Sanguíneo, reumático...	Periostítis del canino I. I.			4	Operado á los 3 minutos, sin el menor dolor ni trastorno.

Números.	NOMBRES.	Edad.—Años.	TEMPERAMENTO ó CONSTITUCION.	DIAGNOSTICO.	Centígramos de cocaina inyectada SOLUCION. 1	2	3	PARTICULARES MAS NOTABLES.
80	E. M. P. Comerciante	39	Muy débil, asmático inveterado	Periostítis de la 2ª y 3ª muelas S. D............			8	Ambas extracciones seguidas, á los 4 minutos de las inyecciones, con dolor apénas perceptible. Disnea, epigastrálgia y enfriamiento ligero. Pulso 120. A los 35 minutos cesó todo trastorno.
81	L. H....	32	Linfática, debilitada por metrorrágias y anémica........................	Periostítis del maxilar inferior, con fenómenos alarmantes. De la 2ª muela I. I..........		4		A los 6 minutos extracción sin dolor ni trastorno alguno, apesar de sus malas condiciones.
82	A. S. P. Pianista...	20	Linfático, pero saludable y grueso..........	Periostítis de la 2ª muela S. D..................			4	A los 2 minutos extracción. Ligero dolor apénas perceptible. Ninguna alteración.
83	N. G. C. Propietario	62	Sanguíneo muy debilitado y ciego por una fiebre tifoidea.........	Osteo-periostítis del canino I. D................			8	A los 7 minutos extracción sin dolor alguno. La primera inyección aún se ha dejado sentir algo; á la segunda la encía indica la completa anestésia. A los 15 minutos siente constricción de garganta, sofocación y adormecimiento de las piernas y epigastrálgia. Pulso 130. Siente calambres en los brazos y pantorrillas. A los 40 minutos todo cesó. Al siguiente día supimos que estuvo algo disnéico casi toda la noche y aún sentía las piernas torpes para andar. Ya le dijimos al oculista, que le trajo que era dósis que le ocasionaría trastornos, pero él lo que quería sobre todo que no sintiera dolor en la extracción.
84	A. C. Sastre.........	48	Linfático, muy débil y reumático	Pulpítis del cordal I. D.		4		Extracción á los 2 minutos. Dolor apénas perceptible. Trastorno ninguno.
85	D. M. R...............	10	Linfática, muy débil y enfermiza del aparato digestivo	Deformidad de la mandíbula superior. Estraer los dos molares primeros S. sanos......			8	A un tiempo la inyección en ámbos lados. A los 6 minutos extracción sin dolor. La niña grita aún ántes de aplicar el fórceps. Después confiesa que no le dolieron, y recuerda con horror la vez anterior que

								se le extrajo una muela de leche que no tenía raíces ni adherencias.
								Sintió en seguida mucho calor y sofocación: á 39.5 llegaba. Las manos, la cabeza y el cuello ardiendo y sudando. Al cabo de media hora todo había desaparecido. Solo quedó algo pálida.
86	I. S. Maestro de obras	50	Sanguíneo nervioso......	Pulpítis de la 1ª bi-cúspide I. D................		4		A los 2 minutos extracción sin dolor, ni trastorno alguno.
87	L. N. Electricista..	28	Linfático algo debilitado	Periostítis aguda del 1er. molar I. D..............		4		Extracción á los 6 minutos. No sintió dolor sino muy ligeramente. Sin trastorno alguno.
88	T. M. Tabaquero...	19	Muy sanguíneo. Aspecto leproso..............	Periostítis del 1er. bicúspide S. I. y del 1er. molar S. D..............			8	Inyecciones á un tiempo arriba y abajo. Extracción á los 6 minutos sintiendo muy ligero dolor. Pulso 120 poco de disnea y excitación pasagera.
89	M. O. Tintorero....	21	Bien constituido y saludable	Absceso caliente de las raices 1er. molar S. D.	4			Extracción á los 3 minutos sin dolor alguno. Poco de cefalálgia y frialdad de las manos. Pulso 120.
90	E. L. Oficial de O. P....	30	Linfático artrítico.......	Periostítis del 1er. molar I. D.................	4			A los 6 minutos extracción sin dolor. Ligeras náuseas y vértigos. Pulso 100.
91	V. B. Platero......	54	Nervioso y fuerte.......	Periostítis del alveolo por necrósis de los raigones del 2º molar I. D			6	Operado á los 4 minutos sintió apénas el contacto del elevador. Gran hemorrágia. Cohibida. Trastorno ninguno.
92	A. Sra. Higiénica..	22	Débil por metrorrágias en los períodos menstruales....................	Neurálgia por cáries del 2º molar S. I...		4		Extracción al minuto sin dolor alguno.
93	F. C..................	21	Linfático débil por el paludismo que ha sufrido	Odontálgia por necrósis del 1er. molar S. I....		2		Extracción en seguida Sintió dolor muy ligero. Sugeto que padecía de jaqueca intensa. Ningún trastorno.
94	L. A. P...............	28	Sanguíneo muy excitable	Periostítis del cordal I. I.			4	Extracción á los 4 minutos. Ligero dolor. Sin alteración alguna.
95	R. Modista	24	Muy débil y nerviosa...	Periostítis del 2º premolar I. D.................	4			A los 3 minutos extracción sin dolor. Enfriamiento de las manos y hormigueo en los piés. Pulso 110.
96	M. V.................	36	Epiléptica inveterada...	Absceso difuso de la cara, síntomas generales alarmantes 2º molar S. I.................			6	A los 2 minutos extracción sin dolor. Bienestar. Sangró y evacuó pus en abundancia. A los 15 minutos, ansiedad, palidéz, trastornos visuales, risa y llanto alternativamente; contracciones musculares clónicas, trísmus y sofocación. A los 30 minutos todo cesó y queda perfectamente. Pulso 100 y ligera insensibilidad en las piernas.

Números.	NOMBRES.	Edad.—Años.	TEMPERAMENTO ó CONSTITUCION.	DIAGNOSTICO.	Centigramos de cocaina inyectada SOLUCION. 1	2	3	PARTICULARES MAS NOTABLES.
97	L. N. G Cocinero..	19	Fuerte y saludable......	Periostítis del 1er. molar S. D..................			4	Extracción á los 6 minutos sin dolor ni trastorno alguno.
98	A. D. Estudiante...	22	Débil y muy grueso.....	Periostítis del 2º molar I. I......................			4	Operado á los 3 minutos no sintió dolor. A los 10, constricción de garganta é insensibilidad y abotagamiento de la lengua y labio inferior. Pulso 120. Pasó todo á los 20 minutos.
99	M. A. R. Comerciante..............	38	Debilitado por la sífilis y la dispépsia..........	Cáries alveolar por necrósis de los raigones del 2º molar I. D......		6		Extracción de los dos raigones y resecar el alveolo por su cara labial, que tardó más de 8 minutos sin el menor dolor. Ligero vértigo al inclinarse y frialdad en las manos, que desapareció al instante.
100	S. S. Tapicero.......	26	Fuerte y nervioso........ Herpético	Pulpítis violenta del 2º premolar I. D..			4	Se le extrajo á los 2 minutos. Sintió muy ligero dolor. Sin trastorno alguno.
101	N. H...................	24	Fuerte, excitable, con quemaduras extensas de 2º grado............	Periostítis del 1er. molar I. I..................			4	Extracción instantánea sin dolor, ni trastorno alalguno. Pulso 100.
102	D. Confitero.........	58	Fuerte, muy excitable con vários lipomas...	Neurálgia facial por necrósis de la 2ª muela I. D......................	6			A los 3 minutos extracción. A los 10 náuseas, frialdad en las manos, cefalálgia, pesadéz y adormecimiento de las piernas. Pulso 120. Bastante sofocación é inquietud. Todo cesó á los 35 minutos.
103	M. E. Telegrafista..	29	Muy débil.................. Albuminúrico	Periostítis de las dos bicúspides S. I............			6	Operación de ámbos dientes á los 4 minutos con muy ligero dolor. Sin trastorno alguno.
104	Mª Costurera	23	Muy débil.............. .. Hemato-quilúrica........	Odontálgia por necrósis de los raigones de la 1ª muela S. I...			6	Operación á los 3 minutos sin dolor. A los 10 calambre en las piernas y palidéz. Todo cesó á los 20 minutos.
105	J. C. I. Librero	63	Débil, asmático...........	Periostítis del canino S. D.			6	Extracción á los 5 minutos con muy ligero dolor. Ningún malestar.
106	E. A. Empleado ...	32	Fuerte, sanguíneo nervioso	Absceso sub-perióstico del 1er. molar S. D...			6	A los 4 minutos extracción sin dolor. Palidéz y enfriamiento de las manos muy ligero. Constricción

								de la garganta. Pulso 110. A los 20 minutos cesó todo malestar.
107	V. G. Militar	30	Linfático saludable......	Periostítis de la 2ª bicúspide S. I..............			4	Operado á los 5 minutos sintió ligero dolor, en seguida se queja de opresión del pecho é insensibilidad del labio superior. Pulso 120. Todo desaparece á los 20 minutos.
108	J.E. Panad ero. ...	19	Fuerte, robusto y saludable	Absceso perimaxilar enorme, fenómenos generales. Estraccion del 1er. molar S. I.....		6		A los 6 minutos extracción y dilatación del absceso sin dolor. Poco después siente ligeros mareos y falta de sensibilidad de las piernas. Pulso 110. Todo pasó á los 35 minutos.
109	N. B. Niña..........	11	Debil y linfática..........	Deformidad del maxilar superior, estracción de los 1ros. molares S. I. y D...........			8	A los 7 minutos extracción de los dos primeros molares sin dolor. Llora la niña, según dijo, de susto porque no le dolió. En seguida la madre me hizo cerrar las ventanas porque la niña tenía alta temperatura de 39°, sobre todo, cuello, cara y manos y sudor copioso. No tuvo malestar alguno más y á los 30 minutos se retiró para hacerle igual á su hermanito y volver ella á los 6 días para igual operación en la mandíbula inferior.
110	N. B. Niño..........	9	Fuerte y saludable.....	Deformidad de la mandíbula inferior. Los últimos molares I......		8		Se operó á los 4 minutos, sintió dolor muy ligero. Ningún trastorno. Todos los extraídos á ámbos niños son molares permanentes perfectamente sanos.
								Son niños recomendados por el Dr. Weber y modelo de buena crianza y disposición para estas operaciones.
111	B. I. Cantante.....	33	Robusto de gran desarrollo	Periostítis del cordal S. D.			4	Extracción á los 2 minutos sin dolor.
112	L. A. N. Escultor..	40	Linfático, edematoso....	Periostítis del lateral I. S.			4	A los 4 minutos extracción sin dolor, ni trastorno alguno.
113	D. Viuda	26	Robusto y linfático nervioso	Violenta neurálgia facial por erupción difícil del cordal S. I......	6			A los 5 minutos extracción laboriosa y difícil de un molar, aún incluido en parte, sin dolor alguno. Vino muy agitada y tímida; gritó al operar, pero dijo no sentir el fórceps, ni el bisturí. Sintió ligero vértigo, náuseas y adormecimiento de las piernas, frialdad de las manos, y cefalálgia. Pulso 130.

Números.	NOMBRES.	Edad.—Años.	TEMPERAMENTO ó CONSTITUCION.	DIAGNOSTICO.	Centígramos de cocaina inyectada — SOLUCION. 1	2	3	PARTICULARES MAS NOTABLES.
								A los 40 minutos cesó todo, quedando algo de cefalálgia. Sn estado la tenía esos días triste y por eso quizás lloró bastante después de operada. Al siguiente día supimos que pasó la noche algo excitada nada más y que amaneció perfectamente.
114	M. P. Estudiante...	23	Fuerte, sanguíneo	Periostítis crónica del 1er. molar S. D........			4	Extracción á los 3 minutos, sin dolor, ni trastorno alguno.
115	R. D. Veterinario..	34	Linfático nervioso......	Periostítis alveolar por necrósis de raigones del 1er. molar I. D....		6		A los 4 minutos extracción sin dolor, ni trastorno alguno.
116	J. D. Periodista ...	42	Muy débil y nervioso artrítico	Pulpítis del 1er. molar S. I.			6	Extracción á los 2 minutos, sin dolor, ni perturbación alguna.
117	A......................	17	Fuerte, nervioso y valiente.....................	Anomalía de sitio y de número del canino S. D.		6		Extracción á los 5 minutos sin dolor. Fué muy penosa. Ligera frialdad en las manos.
118	R. L. Policía..	32	Fuerte y robusto.........	Periostítis del cordal I. D.		6		Operado á los 3 minutos con muy ligero dolor. Sin trastorno alguno.
119	J. G. Maquinista...	60	Fuerte y nervioso........	Odontálgia sub-aguda pertináz del canino I. I..........			6	A los 3 minutos se operó sin dolor. Sintió constricción de garganta muy ligera y dificultad de deglutir, que pasó á los 20 minutos.
120	A. E. Niña..........	10	Fuerte y de valor........	Deformidad por anomalía de número y posición últimos molares I. I........................			6	A los 6 minutos se opera sin el menor dolor. Se queja al operar y luego dice fué de temor. Siente ligera frialdad en las manos é insensibilidad en la lengua y labio inferior. Pulso 120. Cesó todo á los 20 minutos.
121	E. R. G..............	30	Linfática obesa..........	Periostítis del lateral I. D.			4	Extracción á los 2 minutos sin el menor dolor ni trastorno.

Las observaciones clínicas que aparecen de ménos en este trabajo no se publican porque no pudieron ser leídas en el Congreso.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Gómez de la Maza para argumentar.

Dr. Gómez de la Maza: Se manifiesta de completa conformidad con el trabajo leído y califica á su autor de concienzudo é inteligente observador y práctico prudente.

Dr. Rodríguez: Considera la posición horizontal como muy ventajosa para evitar accidentes, aunque propensa á dificultar las prácticas dentarias, y manifiesta que en su práctica ha empleado siempre menores dósis y no ha tenido contrariedad alguna.

Dr. Moreno de la Torre: Cree que los peligros que se señalan por la administración de la cocaina son exagerados, pues él ha empleado sola dicha sustancia muchas veces y en distintas circunstancias sin accidentes de ningún género.

Dr. Cañizares: En apoyo de la tésis sustentada en el trabajo de referencia, cita la opinión del Dr. Amoedo, afirmando que, á su jucio, en cirujía dental tiene oportunísimas y muy ventajosas aplicaciones la cocaina.

Dr. Santos Fernández: Dice que habiendo ocurrido accidentes desgraciados por la aplicación de la cocaina en oculística, él prefiere la anestésia general, con la cual, en su larga práctica, no ha tenido ninguno.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Rojas para replicar.

Dr. Rojas: Después de reproducir algunos particulares de su trabajo, pertinentes á las objecciones que se le hicieron, termina recordando que para producir la anestésia por la cocaina son variables las dósis.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Fuentes para la lectura de su trabajo:

Caractéres clínicos de la infección muermosa.

Por el Dr. Juan B. Fuentes.

Sr. Presidente: Sres.—Permitidme que consuma un turno en este concurso, que justifica el adelanto progresivo de la medicina en este país. Comparezco ante vosotros sin otro mérito que mi decidido entusiasmo en pro de nuestra cultura intelectual. Nada aprenderéis con la lectura de estas líneas; mi deseo de asistir á este Congreso, dónde tanto beneficio he de obtener, explica mi atrevimiento al tomar parte activa en él, que no quise presentarme sin un trabajo que demostrara mi esfuerzo en favor de las ideas de confraternidad y desenvolvimiento científico, que, al iniciarlo, tuvo la Sociedad de Estudios Clínicos.

Explicada mi conducta, no dudo que mis profesores y compañeros

aquí reunidos y á quiénes con efusión saludo, acogerán con benevolencia mis palabras.

Si bien he escogido un particular ageno á la patología local, no me parece inoportuno el que someto á vuestra ilustrada consideración; pues siendo tan crecido el número de indivíduos atacados de la infección muermosa en esta ciudad, aún comparado con las primeras capitales del mundo, creí revestiría algún interés para vosotros, la exposición de sus más frecuentes manifestaciones clínicas, si bien con la concisión que exige el corto tiempo que concede el Reglamento para los asuntos que se traen á este Congreso. En efecto, desde el año de 1880 á la fecha han sucumbido, víctimas de ella en la Habana, 112 personas. En igual período, en el Hospital «San Felipe y Santiago» y hoy en el «Nuestra Señora de las Mercedes», registran sus estadísticas 53 casos. A mi me ha sido posible recoger en los dos años y medio transcurridos desde Junio de 1887 á Diciembre de 1889, 15 observaciones. Esta frecuencia motivó la elección de mi tésis.

Comenzaré por hacer una ligera reseña histórica de la afección que me ocupa, debiendo significar que abandono la división establecida entre muermo y farcino. Y así como Laboulbéne la llama infección lámparo-muermosa y Jaccoud infección farcino-muermosa, yo la doy el nombre genérico de infección muermosa. Y fundo el abandono de dichas denomineciones en su orígen único y en el cuadro clínico, que, si no se manifiesta igual, no obedece á diferencias de verdadera importancia y sí al modo de presentarse los síntomas ó á la frecuencia de algunos de ellos. Sabido es que no siempre encontramos, al examinar un enfermo, el cuadro clinico de la afección, tal cual la describen los autores, y no debemos hacer una excepción para lo que á la enfermedad que estudiamos se refiere.

Existen casos en que faltando el flujo nasal que distingue el muermo del farcino, han sido, no obstante, colocados en el primer grupo, pues á pesar de la ausencia de dicha secreción, se ha comprobado *post mortem* la presencia de granulaciones, abcesos ó úlceraciones en las fosas nasales, como prueba de localización. Como se vé, la falta de flujo nasal no indica la integridad de la mucosa de dicha cavidad. Y si siempre no se ha comprobado la lesión, ha sido sin duda por falta de exámen en vida, ó por no haberse practicado la autópsia en los casos funestos. Tampoco en el curso de la afección se destacan del cuadro esos síntomas culminantes que nos obligáran á continuar admitiendo la división establecida; las variaciones que observáramos serían debidas al temperamento é idiosincrácia individuales, que influyen para que los enfermos no se presenten siempre bajo el mismo tipo; fijándose sólo nuestra atención en los síntomas principales. Si las manifestaciones morbosas pudieran observarse siempre con el mismo aspecto, nada

de difícil tendría la ciéncia del diagnóstico. Y más que á las condiciones individuales, es mi opinión que el predominio de determinados síntomas obedece al mayor ó menor grado de infección.

El hecho de presentarse en el último período el flujo nasal, indica que está en relación con el *summum* de la infección, y aún en los casos de farcino crónico, á su terminación, se observa con frecuencia dicho flujo, explicándo los dualistas este hecho por un ataque de muermo agudo en el curso de dicho farcino, lo cual no deja de ser una sutileza clínica, y si admitido ántes el doble carácter de la afección, debe hoy aceptarse como una sola, puesto que es único su orígen.

La formación de abcesos de lenta evolución, signo distintivo, que refieren los partidarios de la división al farcino, hemos podido comprobarla en casos, que, según ellos, serían clasificados como de muermo.

Historia y etiología.—El Dr. Lorin, en 1811, refiere que un veterinario presentó gran inflamación en los dedos de ámbas manos, producida por hincadas que se hizo operando un caballo atacado de farcino. Se formaron más tarde diversos tumores que fueron extirpados y curadas las soluciones de continuidad con tópicos de esencia de trementina. Dicho veterinario curó al cabo de 15 dias.

Waldinger, profesor de veterinaria de Viena, encargaba se tomaran precauciones para la abertura de caballos muermosos ó farcinosos, porque muy graves accidentes, y aún la muerte, podrían ser la consecuencia de la inoculación por desgarraduras ó heridas.

Weith también experimentó inflamación de los párpados por contacto de materia muermosa, así como gran inflamación en los dedos, seguida de linfangítis y dolores articulares. Pero ninguno pensó en la posibilidad de trasmisión del muermo del caballo al hombre.

Sidow, médico militar de Dusseldorf, publicó en 1817 una obra, emitiendo la opinión de la trasmisibilidad de dicha enfermedad al hombre.

Consultados el Profesor Naumaun y su ayudante, veterinario Halbach, sobre el resultado de sus experiencias y posibilidad de trasmitirse la enfermedad, negaron el hecho, aunque afirmaban haber observado inflamaciones de mal carácter en personas que disecaban caballos muermosos.

Dietrich combatió asi mismo la trasmisibilidad. En dicha época Holbach temía tan poco al contagio, que no hubiera tenido inconveniente en hacerse inocular el pus del muermo.

La primera observación de muermo en el hombre fué recogida en 1821 por Schilling, cirujano de Regimiento en Berlín.

Después fueron más frecuentes las observaciones, y en las Memorias de la «Academia de Medicina» de París, de 1837, aparecen 50 ob-

servaciones de muermo y farcino, debidas á Rayer, Andrew-Brown, Mac-Dounell, Graves, Roots, Elliotson, Williams, Wolff, Alexander, Schilling, Hertwig, Goub, Parrot, Vogeli, Halahan, Eck, Lorin, Tavorry, Breva, Bleynie, Dawce, Meniere, Ramon, Roux, Travers, Hardwicke, Numan y Gras.

Ya desde aquella época se admitió como indiscutible el orígen animal de la afección en el hombre, bien por inoculación, bien por infección; reconociéndose por causa, más ó ménos inmediata, un vírus. Pero después de los trabajos de Pasteur y con los progresos evidentes de la bacteriología, hase comprobado por Loefler y Schultz la existencia de un bacilo productor de la enfermedad, semejante al descubierto por Koch en la tuberculósis.

Sintomatología.—Varían los síntomas según se adquiera la enfermedad por infección ó por inoculación. Ocupémonos del primer caso.

Los autores de patología hacen la enumeración de los síntomas sin expresar la mayor parte de ellos el órden y época de su aparición. He de procurar en lo posible dividir la entidad patológica que estudiamos en períodos clínicos bien marcados; distribuyendo á cada uno de ellos los que por la naturaleza de la división le sean característicos. Esto sentado, admitimos los siguientes períodos: 1º De invasión ó articular. 2º Eruptivo y 3º Septicémico.

Invasión.—Las primeras manifestaciones no se presentan en la misma época, pues si generalmente son inmediatas, ha habido casos en que han transcurrido seis semanas sin experimentar el enfermo otro signo que malestar.

El órden en la aparición de los fenómenos es el siguiente: escalofríos y malestar durante un tiempo que varía de dos á ocho días; fiebre á 38 ó 38°-5, pulso acelerado, inapetencia, náuseas, lengua saburral, sequedad y calor en la garganta; examinadas las amígdalas se nota aumento de volúmen y coloración roja en una ó en ámbas. Estos síntomas van acompañados de cefalálgia y á veces de delirio, que pronto desaparece. El enfermo permanece en decúbito y acusa dolores á lo largo de los miémbros, que se propagan más tarde á las articulaciones, provocándose á la más lijera presión. Son estos síntomas análogos á los que se presentan en el reumatismo, por cuyo motivo se confunden muchas veces ámbas afecciones, sobre todo cuando este período artrítico se prolonga, como sucede con frecuencia. Recuerdo un enfermo que ocupó la cama número 18 de la Sala de «Santa Margarita» en el Hospital «Mercedes», cuyos fenómenos reumáticos persistieron cerca de dos meses, pues habiendo sido dado de alta el 9 de Setiembre de 1887, después de una permanencia de 12 dias, sin otros síntomas que hicieran sospechar su enfermedad, ingresó nuevamente el 12 dəl propio mes, permaneciendo hasta el día 19 de Octubre, en cuyo día se

patentizaron los síntomas del muermo que le hizo sucumbir el 24 de Octubre siguiente.

Suelen acusar los enfermos, al final de este período, dolor gravativo en la pared anterior del tórax, así como disfágia y dolor en los talones. Una señorita de esta capital tuvo accesos exageredos de nervosismo y síncopes.

Período eruptivo.—A los síntomas descritos anteriormente se agregan: en primer lugar, algo de tos y cosquilleo en la garganta, producidos ámbos signos por la presencia de pequeñas granulaciones en la farínge, larínge y pulmones; á la auscultación extertores crepitantes diseminados.

Placas rojas erisipelatosas hacen su aparición al nivel de las articulaciones, sin que sea posible efectuar ningún movimiento en ellas por los intensos dolores que acusan los enfermos; no siendo raro que se presenten edematosas. Percíbense tumores subcutáneos, duros, circunscritos y dolorosos al tacto, sin coloración de la piel. Estos tumores son producidos por angiolencítis profundas, al igual de las alteraciones observadas en la piel y miémbros de animales muermosos.

A los seis ó siete dias de iniciada esta segunda etapa de la afección y después de sudores profusos, comienzan á presentarse en distintas partes del cuerpo, sobre todo en la superior del tórax y miémbros, una erupción que no reviste siempre los mismos caractéres. Unas veces son vesículas, otras pústulas, en ocasiones pápulas, siempre en fondo rojizo. También pueden observarse flictenas, ampollas, sobre una superficie lívida. Estas manifestaciones no tienen sitio de elección; las vemos en los miémbros, en la cara, en el tórax, en los órganos genitales, sobre todo en el prepucio y escroto. Las sensaciones que experimentaban en la garganta los enfermos se acentúan, y es fétido su aliento. Los tumores subcutáneos, que eran duros y circunscritos, se reblandecen sin que puedan limitarse, coloreándose la piel que los cubre. Hay infartos de los gánglios sub-maxilares, axilaresе inguinales. La duración de este período es de ocho á doce dias.

Período septicémico.—La piel que cubre los tumores va adelgazándose y se abren estos expontáneamente, si no se han dilatado préviamente; las flictenas y ampollas toman un tinte negruzco que se explica por el esfacelo que allí se efectúa. La fiébre aumenta hasta 40° ó más; hay sub-delirio; la respiración es acelerada, el pulso, de frecuente que era al principio, se vuelve intermitente, débil, depresible. Numerosas pústulas, con tendencia á agruparse, se desarrollan en la nariz, que es sitio de gran inflamación, extendida á las mejillas y párpados; fluyendo por aquella, y á veces por éstos, un líquido amarillo viscoso, más ó ménos espeso y adherente: puede ser sanguinolento. Por esfuerzos de la tos se expulsa un líquido análogo, que es debido á su caida por

la parte posterior de las fosas nasales. Placas gangrenosas son formadas en la naríz, glande y escroto. Las parotidítis pueden presentarse; yo no las he observado en los 15 casos vistos por mí en el Hospital.

La voz se debilita y pone ronca, consecuencia de las complicaciones fraguadas en la larínge; la lengua es seca y cubierta de mucosidades negruzcas, el vientre está elevado, sin que se noten petéquias; hay vómitos y frecuentes deposiciones acuosas, teñidas de sangre y de una fetidéz insoportable. En las proximidades de la muerte, el pulso es de una pequeñéz y frecuencia excesiva, alcanzando su número la cifra de 144 por minuto. Aspecto tifoideo. La terminación fatal tiene lugar por lo regular á los tres dias de iniciado este período, por septicémia.

El cuadro descrito se refiere á los casos de marcha aguda. En los de curso crónico se prolonga el segundo período, cicatrizándose unos abcesos y formándose otros nuevos, con tenacidad desesperante, hasta que se verifica la curación ó su paso á tercer período. Así se explican los casos cuya duración ha sido de 21, 28, 60 y más dias.

Cuando la enfermedad es producida por inoculación, á los dos dias se inícia por escalofríos, cefalálgia, fiébre, náuseas, inflamación interna en la proximidad de la solución de continuidad, linfangítis, infartos ganglionares y formación de abcesos subcutáneos ó flemones difusos; en fin, un cuadro de síntomas análogo al que produce la inoculación de sustancias en putrefacción, picaduras anatómicas, etc.

Al 7º dia, cuando la terminación es fatal, preséntanse las pústulas en distintas partes del cuerpo, y á poco el flujo nasal con los síntomas descritos anteriormente y que anuncian un funesto desenlace.

Pero no siempre sucede así, y, á pesar del fiujo nasal, se han visto casos en los que, después de formado un vasto abceso, ha terminado por resolución al mes y medio, obteniéndose la curación del enfermo.

Autópsias.—No son constantes los resultados obtenidos en las que se han practicado. Enumeraré las más frecuentes: ulceraciones de las amígdalas; placas rojas en el exófago; mucosa estomacal roja y equimosada; punteados negros en el iléon, al nivel de la válvula íleo-cecal. Pequeños puntos purulentos debajo del peritoneo. Membrana de Schneider espesada é infiltrada; granulaciones, abcesos y ulceraciones de las fosas nasales y larínge; alteración necrósica de los huesos própios de la naríz; inflamación de la tráquea; ulceraciones de la úvula y epiglótis; puntos purulentos en los pulmones; pleuro-neumonía inferior; pus entre los pulmones y el diafrágma; pléuras adherentes á las paredes del tórax; abcesos intermusculares.

Diagnóstico.—No ofrece grandes dificultades cuando se vé al enfermo en el último período, pues, si bien presenta aspecto tifoideo, las manifestaciones de la piel y las de la naríz no dejan lugar á confusión.

Si ántes de llegar á este extremo pudieran equivocarse las placas gangrenosas con la pústula maligna, no debe olvidarse el desenvolvimiento local de esta última y su inicio sin los antecedentes que siempre trae consigo la infección muermosa.

Si con otras inoculaciones se compara, pronto la generalización de la enfermedad que estudiamos y los síntomas subsiguientes, nos alejarán de toda duda.

Es muy difícil y á veces imposible establecer un diagnóstico entre el reumatismo y la infección muermosa en su primer período. Ni el estado general del enfermo, ni las manifestaciones articulares pueden conducirnos á la verdad y esta dificultad aumenta cuando se trata de indivíduos que han padecido reumatismo con anterioridad. He publicado la observación de un enfermo que á fines del año 1888 ocupó una cama en la Clínica Quirúrgica, con manifestaciones articulares; dicho indivíduo había ocupado ya la misma cama con reumatismo blenorrágico, de cuya afección curó. He aquí una causa de error. Bien pronto se dió á conocer la afección con toda su variedad de síntomas y falleció á los pocos días. Otro tanto sucedió con un enfermo en la Sala de «San Antonio». Ya cuando me ocupé de los síntomas del primer período relaté lo acaecido con el caso de la Sala de «Santa Margarita», en idénticas condiciones á los anteriores.

Pudiera dar alguna luz la clase de trabajo de los atacados; así es, en efecto, en el mayor número; pero á veces nos encontramos ánte indivíduos que por sus condiciones de profesión, riqueza ó sexo, están exentos de toda sospecha de contacto morboso, lo que hace difícil el diagnóstico. El caso reciente de la señorita Baró confirma el anterior aserto.

¿Quiere esto decir que nos declarémos impotentes para formular juicio exacto en los casos de infección muermosa? Los adelantos de la bacteriología nos brindan médios para tomar pus de la primera manifestación local que observemos y practicar un exámen que esclarezca nuestro juicio.

En el tercer período es tan completo el cuadro, que nadie incurrirá en error. Y aún ántes de recurrir al análisis bacteriológico, debemos desconfiar mucho de esas formas de reumatismo sub-agudo en las que el tratamiento racional no obtiene resultado positivo. Examínese con frecuencia la cavidad nasal, la retro-boca y la laringe, y será muy difícil que la infección muermosa burle tan minuciosa investigación.

Pronóstico.—Es tan grave el de esta afección, que cuando hay un caso de curación casi se vacila en el diagnóstico formulado.

De los 53 casos del Hospital Civil, sólo dos se han resuelto favorablemente. En ellos la enfermedad revistió una marcha crónica, sin que llegaran á presentarse las localizaciones en la naríz ni los sígnos septi-

cémicos. Y no obstante fué opinión unánime de los profesores que examinaron los enfermos, que el diagnóstico no ofrecía dudas. Los Dres. Dávalos y Tamayo recogieron pus de abcesos y pústulas de dichos enfermos, que fueron, D. Antonio Plana González, de la Sala de «Santa Magdalena» número 7 y D. Ramón González, de «San Joaquín» número 5, para hacer cultivos, sin que, ni uno, ni otro pudieran comprobar bacteriológicamente el carácter muermoso de la enfermedad; lo cual se explica porque, si bien el bacilo es constante en las manifestaciones reales, como son abcesos y pústulas, cuando éstas se hacen un poco antíguas, como sucede en la infección crónica, desaparece el bacilo, que, ó se ha transformado en granulaciones irregulares imposibles de distinguir al microscópio de otros productos morbosos, ó han desaparecido por completo de los tejidos, encontrándose solo los coccus piogénicos, que van en aumento con la duración de los signos locales. Por eso debe recogerse desde los primeros momentos el pus y aislar y cultivar los bastoncillos característicos de la infección muermosa, que, inoculados luego á otros animales, han de desarrollar la enfermedad en su forma típica, como comprobación del diagnóstico.

Tratamiento.—No debemos tener fé sino en el profiláctico. Por eso se debe insistir uno y otro dia para que las autoridades adopten las medidas necesarias á fin de evitar el contacto con animales muermosos, aunque por ello sufran detrimento los intereses de los que subordinan la salud pública á su afán de lucro.

Cuando la afección es producida por inoculación que ha alcanzado los gánglios linfáticos, pudiera ensayarse la extirpación de los mismos. Si esto no es suficiente y sobreviene inflamación difusa del miembro, deberán practicarse grandes desbridamientos, y sobre todo la más rigurosa antisépcia para evitar los fenómenos de infección general. En los demás casos deben sostenerse las fuerzas del enfermo, administrando tónicos y estimulantes; abrir los abcesos, dando salida al pus y hacer lavados antisépticos. Podrá ensayarse la esencia de trementina al interior, como asi mismo la tintura de yodo y ácido fénico, á cuyo plán farmacológico estuvieron sometidos los indivíduos ya mencionados, que lograron su curación.

Cuadro demostrativo de los casos de muermo y farcino habidos en el Hospital Civil de la Habana, durante los años de 1880 *á* 1890.

HOSPITAL DE SAN FELIPE Y SANTIAGO.

AÑO.	MES.	Dia.	NOMBRE Y APELLIDO.	PROCEDENCIA.	SALA.	Nº	DIAGNOSTICO.	Resultado.
1880...	Enero	1	D. Manuel Mª. Diaz López	Alcaldía de Luyanó	San Rafael	11	Farcino crónico...	Murió.
» ...	Setiembre...	4	» Antonio Fernández Diaz	Cuerpo de Policía	Norte	4	» agudo	»
» ...	» ...	30	» Estéban Cuervo Rivero	Alcaldía de Chavez	San Ambrosio	3	» »	»
» ...	Noviembre..	4	» Luis Méndez	» del Angel	Sala epidémica	5	Muermo »	»
» ...	Diciembre...	24	» Manuel Antelo Pozo	» de Tacón	San Francisco	12	Farcino »	»
1881...	Enero	8	Moreno, Jacinto Bruno	» del Pilar	» Ambrosio	13	Muermo »	»
» ...	Mayo	17	D. Manuel Salaño Salaño	» de San Lázaro	» Vicente	21	» crónico...	»
» ...	Julio	16	» José Vargas Martí	» de la Punta	» Ramón	25	Farcino agudo	»
» ...	Diciembre...	6	» Juan Varela Paredes	» de San Lázaro	» Federico	12	» »	»
1682...	Febrero	23	» Francisco Ramiñán	» » » »	» Vicente	15	» «	»
1883...	Abril	20	» José Mª. Santiago y Diaz	» » » »	» Francisco	24	Muermo »	»
» ...	Agosto	23	» Juan Maceira	» de San Leopoldo	» Ramón	35	» crónico...	»
» ..	Octubre..	17	» Antonio Abad Alvarez	» del Templete	» Rafael	7	» »	»
» ...	Diciembre...	22	» José Rodríguez Calo	» de San Leopoldo	» Federico	11	» agudo	»
1884...	Marzo	9	» Manuel Berbetono Arias	» de Pueblo Nuevo.	» Ambrosio	29	» »	»
» ...	Febrero	38	» Manuel Varela González	» de San Lázaro	» Francisco	17	» »	»
» ...	Abril	10	» Santos Iglesias	» del Angel	» Ramón	44	» crónico...	»
» ...	Mayo	18	» José Ribot	» de San Lázaro	» Vicente	4	Farcino agudo	»
» ...	»	89	Pardo, Francisco Quirós	» de Peñalver	» Rafael	1	Muermo »	»
» ...	Julio	13	D: José Martíuez Barro	» de Pueblo Nuevo.	» Ambrosio	31	» »	»
» ..	Agosto	19	» Pablo Pose	» de San Lázaro	» Rafael	5	» »	»
» ...	Setiembre...	17	» José Alvarez	» de J, del Monte...	» »	2	» »	»
» ...	» ...	39	» José Castiñeyra Cajide	Cuerpo de Policía	» »	4	» »	»
» ...	Noviembre..	15	» Alejandro Rodriguez García	Alcaldía de San Lázaro	» »	4	Farcino crónico...	»
» ...	» ..	17	» Cleto Ojeda	» » » »	» »	6	Muermo agudo	»
» ...	Diciembre...	4	» Cristino Fernández	» » » »	» »	4	» crónico...	»
» ...	» ..	30	» Celestino Granda	» del Cristo	» »	3	» agudo...	»
1885...	Enero	31	» José Pérez Diaz	» de Pueblo Nuevo.	» »	3	» »	»
» ...	Marzo	15	» Benito López Chao	» de San Lázaro	» Ambrosio	23	» crónico...	»
» ...	»	21	» José Suárez Villa	» de Pueblo Nuevo.	» Rafael	2	Farcino agudo	»

HOSPITAL MERCEDES.

AÑO.	MES.	Dia.	NOMBRE Y APELLIDO.	PBOCEDENCIA.	SALA.	Nº	DIAGNOSTICO.	Resultado.
1885...	Mayo........	10	D. Rafael Monteagudo	Alcaldía de San Nicolás.....	San Rafael	4	Muermo agudo.....	Murió.
» ...	Julio.........	9	» Manuel Arango Márcos.....	» de San Lázaro	» »	4	Farcino »	»
» ...	Agosto	15	» Segundo Rodriguez	» de Tacón	» »	5	Muermo crónico...	»
» ...	»	26	» Juan Pereira Couto	» de San Lázaro	» »	4	» » .,...	»
» ...	Octubre	17	» José Oliva Manso	» de Chavez.	» »	4	» »	»
1886...	Setiembre ...	7	» Domingo Silva Medina......	» del Vedado	Santa Margarita......	12	Farcino agudo.....	»
» ...	Octubre	27	» Federico López Cobos	» de Colón...........	San Vicente..........	19	» »	»
» ...	Noviembre,	6	» Luis Valdés Velasco.........	» del Pilar............	» Juan de Dios....	5	» »	»
1887...	Junio.........	29	» Ramón Lenzano	» de Vilanueva......	» Salvador	24	Muermo »	»
» ...	Julio.........	15	» Jose González López.........	» de Jesús María ...	» Ramón............	1	Farcino crónico...	»
» ...	Octubre,.....	24	» Manuel Guillén Fernández.	» de Casa Blanca ...	» Roque.............	1	» »	»
1888...	Marze........	4	» Modesto del Castillo	» de San Lázaro.....	Santa Margarita......	9	» »	»
» ...	Agosto	4	» Francisco Reoses Pertierra.	» » » »	» Magdalena ...	8	Muermo agudo.....	»
» ..	Diciembre ..	30	» Francisco Alonso	» » » »	San Antonio	19	Farcino crónico...	»
1889...	Enero........	3	» José Suárez Alvarez	» » » »	» Salvador	15	Muermo agudo.....	»
» ...	»	9	Pardo Bonifacio Gómez	» » » »	Santa Cruz	10	» »	»
» ...	»	30	D. Antonio Planas González...	» del Arsenal.........	» Magdalena ...	7	Farcino crónico...	Curado.
» ...	Febrero	24	» Tomás Pérez Pérez	» de San Lázaro.....	San Roque	2	Muermo agudo.....	Murió.
» ...	Marzo.......	7	» Andrés Campos Garcia	» de S. Juan de Dios	» Antonio	15	» »	»
» ...	»	31	» Cláudio Pérez Menéndez ...	» de Chavez.	» Vicente ,.........	20	» »	»
» ...	Setiembre...	53	» Ramón González Rodriguez	» de San Leopoldo..	» Joaquin..........	5	» »	Curado.
» ...	» ...	3ñ	» Antonio Guerra del Pino...	» del Angel...........	» Antonio	27	Farcino agudo.....	Murió.
» ...	Diciembre ..	6	» Juan Dou Malde	» de San Lázaro . ..	Santa Cruz	17	» »	»

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Reinery para argumentar·

Dr. Reinery: Elogia el trabajo del Dr. Fuéntes bajo el punto de vista general; pero lamenta que, á pesar de tratar de la sintomalología del muermo y de presentar en ella los carácteres diagnósticos diferenciales, no se hubiera detenido más en el estudio de los síntomas de los primeros momentos, que son los más importantes para la fijación del diagnóstico y la oportuna aplicación del tratamiento conveniente, y termina señalando los síntomas más comunes y medios de apreciación más seguros y suficientes, á su juicio, para el conocimiento del mal desde su principio.

El Sr. Presidente: El Dr. Fuentes tiene la palabra para replicar.

Dr. Fuentes: Dá las gracias por su elogio al Dr. Reinery, y manifiesta que considera suficientemente esplicadas en su trabajo las dificultades diagnósticas de los primeros momentos en algunos casos; la posibilidad de diagnosticar, desde muy al principio, en otros; los auxílios á que puede el médico recurrir para vencer aquellas dificultades y, en una palabra, cuanto dentro de la realidad de la clínica puede y debe tenerse en cuenta en infecciones como la de que se trata.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. González Curquejo para dar lectura á su trabajo:

Noto sobre los extractos fluidos.

Por. el Dr. A. Gonzalez Curquejo.

Sr. Presidente, Sres: Pocas oportunidades serán tan propicias como la presente, en que se encuentra congregada una respetable parte del cuerpo médico de Cuba, para ocupar su atención, aunque sea por bréves momentos, sobre un asunto que, si parece trivial para algunos, envuelve, sin embargo, trascendencia grande para la Terapéutica de este país: nos referimos á los Extráctos fluidos de orígen americano. Fuimos los primeros que hace diez años consagramos al particular algunas líneas que vieron la luz en la *Crónióa Médico-Quirúrgica* de esta ciudad, porque desde entónces supimos que dichas formas farmacéuticas estaban llamadas, no sólo á aclimatarse en este suelo, sino á generalizarse por todo el orbe civilizado. Y así ha sucedido en efecto.

Entre nosotros son ya algo numerosos los médicos que emplean el extrácto fluido de cornezuelo de centeno en lugar del polvo reciente de dicha sustancia y los extráctos fiuidos de ipecacuana, acónito quina, ruibarbo, jaborandi y otros, en los diferentes casos que dichos medicamentos están indicados y, por lo que á los farmacéuticos se refiere, los más ilustrados de este país, se sirven de los extráctos fluidos para preparar, incontinenti, los jarabes, las tinturas y los vinos medicinales.

Muchos extráctos fluidos se importan en este país de fabricantes americanos acreditados, como Squibb, Wyeth y otros; algunos se preparan aquí y bastante número de ellos figuran ya en los précios corrientes de las droguerías de la plaza.

Con respecto á Europa, autoridades tan respetables en Francia como Bouchut y Després, en su *Dictionaire de Medecine et de Therapeutique* de 1877, se expresan de este modo: «estos extráctos ofrecen grandes ventajas sobre los preparados por los medios corrientes.»

En Italia, el Profesor Ruata en su *Farmaóopea nazionale e generale*, de 1883, manifiesta «que siendo los extráctos blandos, que estaban en uso en aquel país bastante inseguros en sus efectos, debían los médicos usarlos con parquedad, siendo de lamentar que no se hubiesen adoptado ya los extráctos líquidos de la Farmacopea de los Estados Unidos.» En la Farmacopea inglesa figuran los extráctos fluidos hace bastante tiempo, siendo igualmente conocidos y empleados en Alemania y otros países, aunque en pequeña escala.

Mr. Adrian, uno de los farmacéuticos y químicos más eminentes de Francia, de la época presente, acaba de dar á luz una obra monumental que se titula «*Etude historique sur les Extraits pharmaceutiques,*» en la que consagra un largo capítulo á los extráctos fluidos americanos, compendiando la mayor parte de lo que se ha escrito sobre ellos en América. La lectura de dicho capítulo lleva al ánimo el convencimiento de que dichos productos farmacéuticos se imponen por las favorables circunstancias que reunen. La obra de Mr. Adrian, escrita con una competencia admirable, ha de contribuir no poco á la propagación de los extráctos fluidos en Francia y en los otros países donde se leen y estudian las obras francesas, fijando los términos y enseñando el verdadero valor y significación de los *extráctos fluidos*, que muchas personas confunden lastimosamente.

Para comprender cómo se extienden en la misma América del Norte, no hay más que fijarse en que la edición de la Farmacopea de los Estados Unidos de 1877 sólo contenía 46 extráctos fluidos y la de 1883, que es la última publicada, contiene 77; aunque esto dá una idea pálida de cómo se usan en aquel portentoso país. En los catálogos de las grandes casas manufactureras de productos farmacéuticos de aquella nación, como Mc Kesson y Robbins, Parke Davis & Co. y otras muchas, que sería largo enumerar, se fabrican más de 400 clases diferentes de extráctos fluidos, lo que significa que los americanos preparan extráctos fluidos de todas las partes de los vegetales que tienen propiedades medicinales, de aplicación á la Terapéutica y que los médicos americanos, con ese carácter práctico común en los de su raza, los emplean frecuentemente porque les dán buen resultado y son de fácil manejo. Después de los alcalóides nada hay como los extrác-

tos fluidos, que mejor representen las virtudes medicinales de las plantas, ni formas farmacéuticas que mejor se presten á una exacta dosificación.

Cierto es que sucesivamente han ido experimentando mejoras en su preparación, pues se desechó por completo el azúcar que se empleaba en un tiempo para conservarlos, sustituyendola, sólo en los casos necesarios, con la glicerina, que es un cuerpo que ofrece grandes cualidades como disolvente y antiséptico; así es que empleando el agua, el alcohol y la glicerina, en las proporciones que cada caso requiere, se obtienen vehículos complejos de poderosa acción disolvente y con ellos extráctos fiuidos que se conservan por un tiempo indeterminado sin sufrir alteración.

Desde un principio se propusieron los americanos economizar el calor en la preparación de estos extráctos, de modo que, para lograr una libra de producto, obtenían en frio de primera intención, por el proceder de la liquidación ó desalojamiento, las catorce onzas primeras y el resto del líquido era el que evaporaban para obtener las dos onzas restantes. Pero los procedimientos se han ido mejorando más y más, al extremo que unos fabricantes emplean el vacío y otros lixiviaciones repetidas y fraccionadas, que permiten obtener líquidos de la mayor concentración ó *solueiones normales*, como los llama con oportunidad Mr. Davis, de Detrvit, sin que intervenga para nada el calor.

Sería impropio de esta ocasión que entrásemos á detallar los distintos procederes que están en uso hoy para conseguir los extráctos fluidos en el grado de bondad que se obtienen. Ese perfeccionamiento es el que explica el buen aspecto que presentan: su trasparencia, su color, olor y sabor, en perfecta relación y harmonía con las partes de los vejetales de que proceden, su solubilidad y lo bien que se conservan.

Pero las mejoras y perfeccionamientos á que hemos aludido no han modificado la base fundamental en que descansan los extráctos fluidos y que les dá el carácter de entidad farmacéutica, enteramente distinta de las tinturas alcohólicas y de los extráctos blandos, con cuyas dos formas tienen sin embargo analogía.

Esa base consiste en que *cada eentímetro eúbeo de un extrácto fluido, corresponde á un gramo en peso de la planta de donde proeede*, ó, en otros términos, que de cada libra de corteza, raiz ú hoja medicinal se obtiene una libra de extrácto fluido; por eso es tan fácil la dosificación, y esta regla, que sólo tiene escasas excepciones, (1) permite al médico emplear estos medicamentos con confianza y seguridad.

Si se tiene en cuenta que las tinturas están preparadas con alcohol

(1) Como el de ópio entre otros.

solo y con las partes secas de las plantas, por cuyo motivo son débiles é inseguras en sus efectos y que los extráctos blandos unos tienden á atraer la humedad de la atmósfera y otros á descartarse de esta, propendiendo todos á descomponerse, se comprenderá la ventaja que presentan los extráctos fluidos, que tienen siempre la misma composición y se conservan sin alterarse en todos los climas y contienen en su seno todos los principios solubles y medicinales de los vegetales. Por ese motivo, miéntras van desapareciendo las tínturas alcohólicas y reduciéndose el número de los extráctos blandos, van ocupando el lugar de ámbos en las Farmácias americanas los extráctos fluidos.

Se encuentran sobre la mesa vários ejemplares de extráctos fluidos que pueden ser examinados por los señores presentes.

Somos deudores á los americanos de várias formas farmacéuticas que pronto se han adaptado á este país, como las píldoras comprimidas, los emplastos porosos y otras. En el mismo caso están los extráctos fiuidos, siendo á nuestro juicio una gloria para las provincias de Cuba haber sido las primeras de la nación que los han empleado, porque representan, sin duda, un progreso en la Terapéutica y Farmácia modernas.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Ulrici para argumentar.

Dr. Ulrici: Opina que los extráctos flúidos no responden á la preferencia que les asigna el Dr. González Curquejo porque son medicamentos poco seguros en manos del clínico.

Dr. Coronado: Estima indispensables dos consideraciones: la primera, si es posible garantizar el *titrage*, y, la segunda, si el cámbio de localidad y demás circunstancias que influyen en determinadas preparaciones farmacéuticas no los altera.

Dr. Jhonson: Rechaza abiertamente el uso de los extráctos flúidos para la preparación de vinos, jarabes etc., tanto porque resultan túrbios los productos, como porque siempre se precipitan ciértas sustancias de la planta de donde proceden.

Dr. Torralbas (F.): Afirma que para él es innegable la superioridad de los extráctos blandos sobre las tinturas, pues con ellos resultan preparados escelentes, y termina manifestando que es necesario, por otra parte, distinguir ó clasificar los que son útiles para vinos ó para jarabes etc.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. González Curquejo para replicar.

Dr. González Curquejo: No cree que haya diferencia alguna entre los extráctos fluidos; asegura que todos son iguales, que tienen una forma fija y constante y que sirven perfectamente para toda clase de compuestos líquidos; niega en absoluto y por esperiencia propia los inconvenientes señalados para las preparaciones de vinos ó siropes y

termina manifestando que, además de no alterarse por el cámbio de localidad, tienen la inmensa ventaja de su exacta dosificación.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Vesa para dar lectura á su trabajo:

Honorarios médico-legales

Y CONFUSIÓN EN QUE NOS HALLAMOS, DADOS LOS ARTÍCULOS 241 Y 242 DE LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL Y OTROS REGLAMENTOS ESPECIALES; NECESIDAD, POR TANTO, DE MAYOR ACLARACIÓN, EN ÈLLA, DE LO RELATIVO Á NUESTRA CLASE.

Por D. Antonio Vesa y Fillart.

Sr. Presidente: Honorables colegas: Si muy loable y justo es que nuestros principales esfuerzos se dirijan á conocer, disminuir y dominar las enfermedades humanas y á procurar, en lo que á nosotros incumba, que se convierta este mundo en placentero edén, en vez de ser valle de lágrimas, cual ha dado en llamarle determinada Escuela mística, no lo es ménos tampoco el que nos apartemos alguna vez de las gratas satisfacciones que nos causa el promover el bien ageno y que nos acordemos de que nosotros y nuestras familias tenemos también derecho al mayor disfrute de comodidades y bienestar posible en la tierra; y no habrá de extrañaros, por tanto, que, fundado en tales consideraciones, intente apartaros por un momento del encanto y bellezas psíquicas que el dedicarse al sacrificio en pró de los demás y el engolfarse, por decirlo así, en los árduos problemas que la ciencia, produce y que os invite á descender de lo alto de vuestro entusiasmo para que tratemos un tema ordinario, de sobra vulgar, que ni siquiera tendrá la novedad de las frases; pero que, de motivar lo que se desea, en algo podrá influir al bien de la clase médica, y por tanto creo cabe en los fines y tendencias de un Congreso médico, que, entiendo, deben ser, no sólo el de comunicarnos cuantos adelantos se hayan obtenido en cualquiera de las ramas de la ciencia médica, ya aclarando dudas, decidiendo verdades ó narrando nuevas adquisiciones científicas; sino promover también todo lo conducente al mayor bienestar de la clase médica.

Pues bien, referente á esta última tendencia, son como he dicho las consideraciones que pienso exponer. Y lo he resuelto así, no porque me sean ménos gratos los trabajos referentes á la ciencia; ántes al contrario, les siento afecto predilecto en mi espíritu; pero creido de que inteligencias mucho más aptas que la mia habían de presentar variadísimos, ilustrados y abundantes temas científicos en este Congreso,

opté por el que acabo de manifestar, tanto para contribuir á la variedad de los trabajos, que se presenten en él, como porque realmente creo necesario llamar vuestra atención y deber inclinar nuestro ánimo hácia el estudio de las leyes judiciales, que á cada paso se relacionan con nosotros; así como es de aplaudir que por los jueces se hagan algunos estudios de ciencia médica para que en determinados delitos contra personas, contra la honestidad contra la salud pública ú otros, revistan sus fallos la firmeza que da la ilustración y el conocimiento del asunto que se debata y que á su criterio se halla sugeto tan repetidas veces.

Primera parte.

HONORARIOS MÈDICO-LEGALES.

Consecuente pues á tal propósito, el tema que he escogido es relativo á *Honorarios médicos*, variedad *Médico legales*, que son, como sabeis, *los que devengamos* al *fungir como peritos en las causas criminales y alguna vez en las civiles, bien sea por órden judicial ó á petición de parte.* Honorarios que devengamos, pero que jamás cobramos, y que por la imposibilidad de haber conseguido hacerlos efectivos alguna vez, tenemos olvidados; pero que representan sumas crecidas, y que, de obtenerse resultado positivo, servirían, cuando no para compensar en algo las displicencias ó amarguras que nos motivan algunas veces determinadas personalidades, encargadas de la administración de justicia, al sernos exígidos servicios médico-legales: las que no son por cierto de ogaño, y que al muy distinguido comprofesor y Catedrático de la Universidad Central, al par que Senador del Reino, D. José de Letamendi, le obligaron ya á decir en el luminoso preámbulo del proyecto de Ley, que para reformas del servicio médico-forense presentó al Senado en 5 de Febrero de 1885, al tratar de la intemperancia autoritaria. »Pudiéndose asegurar que apénas hay médico, cuya consideración pro»fesional no halla sido ofendida por puro alarde autoritario judicial, »porque es de notar que la profesión médica, considerada hoy y aten»dida, como se merece, por toda suerte de Autoridades civiles, milita»res y por la misma realeza, sólo sufre vejámenes injustos y conmina»ciones innecesarias de parte de personalidades encargadas de la Ad»ministración de justicia, como si el derecho, que no es sólo un oficio »pericial; sino además su natural colaborador en la confección de las »leyes, engendrase y mantuviese en el ánimo de no pocos curiales, así »de estrados arriba como de estrados abajo, aquella inclemente volun»tad, aquella repugnancia indeliberada, que á todos por mecánico »ruin impulso nos mueve á repeler, cual si fuéramos imánes, todo »aquello que más se asemeja á nuestra propia naturaleza. Sólo así se

»explica, como ningún perito industrial se vé tan expuesto—aparte de »la adustéz indebida de los mandatos—ni á las vejaciones ni al incon»siderado proceder, ni á la intimación de imposibles, ni á los perjui»cios materiales y morales, ni á la insolvencia en los legítimos hono»rarios como el médico; y todo esto bajo un despotismo tal, que á la »menor y más comedida reclamación, siente blandir sobre su atribu»lada cabeza el viejo y mellado alfanje del *desacato á la Autoridad*: y »de tales desmiramientos no le libra al médico el haber alcanzado su»perior categoría dentro de su profesión ó al servicio del Estado, lo »cual, en medio de todo, dentro del absoluto mal, es un relativo bien, »porque al ménos realiza la igualdad en la injusticia.»

CAPITULO 1º

DERECHOS DEL MÈDICO Á COBRARLOS.

Pues bien, con el objeto de que todo pueda hacérsenos más llevadero, paso á exponer lo que creo es de utilidad conozcamos referente al cobro de honorarios médico-legales..

En primer lugar: ¿tenemos derecho á ello? Esto no hay que dudarlo, por más que sea el Poder judicial, en nombre del Estado, quién reclame ó exija nuestros servicios. Pues á más del principio de sentido común de que *cualquier trabajo, que en beneficio de otro se hiciere, á ménos de expontánea renuncia del derecho, de una manera ú otra, debe ser remunerado;* las leyes existentes también lo reconocen, y así nos dice la Ley orgánica de Sanidad del Reino de 28 de Noviembre de 1855, con las modificaciones de 24 de Mayo de 1866, en sus artículos 79 y 95.

«79. Siendo las profesiones médicas libres en su ejercicio, ninguna »Autoridad pública podrá *obligar* á otros Profesores que á los titulares, »*excepto en casos de notoria urgencia*, á actuar en diligencias de oficio, á »no ser que á ello se presten voluntariamente. En semejantes funcio»nes, ya sean consultas, dictámen, análisis, reconocimiento ó autópsia »serán abonados á estos Profesores sus honorarios y gastos de medici»na ó en viajes, si hubieren sido precisos.»

»95. A los Profesores encargados del servicio médico-legal se les »abonarán los derechos, que por las leyes arancelarias se les señalen, »lo mismo que las drogas, reactivos y aparatos que necesiten para los »análisis, experimentos y viajes que se les ordenen. Los honorarios y »gastos de los expresados Profesores se pagarán del Presupuesto de »Gracia y Justicia, por lo que se consignará en el mismo la cantidad »competente. Un Reglamento especial, que publicará el Gobierno, esta»blecerá la organización, deberes y atribuciones de los facultativos fo«renses.»

Y éste á su vez, en su artículo 26, manifiesta: «Los médicos forenses y demás Profesores á que se refiere este Decreto, que presten servicios con el carácter de auxiliares de la Administración de Justicia, anotarán al pié de las diligencias ó escritos correspondientes, los derechos que cada uno devengue, los que percibirán siempre con arreglo al adjunto Arancel.»

Y finalmente, en el artículo 465 de la Ley de Enjuiciamiento criminal, vigente desde 1º de Enero de 1889 en esta Isla y la de Puerto-Rica, se lee: «Los que presten informe como peritos, en virtud de órden judicial, tendrán derecho á reclamar los honorarios é indemnizaciones que sean justas, si no tuvieren retribución fija satisfecha por el Estado, por la Provincia ó por el Municipio.»

De modo, pués, que el derecho está plenamente reconocido.

Pero, á pesar de ello, ¿hemos llegado á cobrar en realidad algún honorario médico-legal, cuando el servicio prestado lo ha sido por órden de algún juez? En las causas en que ha recaido condena de costas y ha sido solvente el condenado á ellas, circunstancia última que rara vez sucede, porque no tardan los interesados en anticiparse oportunamente á la cesión, transición ó venta, aunque generalmente fingida, de sus bienes, y al llegar á la fecha de hacerse efectivas ya no se encuentra sobre que; no negaré que algunas pueden haberse cobrado, aunque generalmente, en virtud de lo que se tarda para que recaiga sentencia definitiva en un proceso, sobre todo si tiene haberes é influencia el acusado; pues no hay incidente que no busque, ni apelación que no establezca y son infinitos los recursos de que puede disponer si el abogado que le dirija es listo y el Juez no fuere enérgico y del todo íntegro; y al fin y al cabo vemos, varias veces, que prevalece el ardid por el abogado defensor establecido y no aparecen responsabilidades al finir la causa; generalmente, digo, olvidamos nuestro derecho y se queda éste eternamente reconocido entre fojas, bien por el motivo citado ó porque la Secretaría, encargada del cumplimiento de la sentencia, no se dá ninguna prisa en llevarlas á cabo, ó, si lo intenta, anda con el mismo lento paso que para la tramitación anteriormente citada, y en realidad, creo que no cobramos ninguno. De mí, sé decir que en los diez y ocho años que hace vengo ejerciendo, y son infinitas las causas en que he intervenido, aún estoy por haber obtenido el cobro de ninguno.

Pero si el honorario es de los que hayamos devengado en causas con costas declaradas de oficio, ó que siendo condenado alguno á ellas haya resultado después insolvente el condenado á ellas creo que se puede afirmar en absoluto, *que aún estamos en esta Isla y quizás en el resto de la Nación, por ver el primer caso.* Y que tal injusticia viene de muy antiguo subsistiendo no hay que dudarlo, pues hasta por R. O.

viene reconocido. Hé aquí lo que dice la de 20 de Marzo de 1865 en su inciso 12º del preámbulo al referirse al crédito presentado por los médicos en aquel tiempo:

Y si es evidente que la tal situación del Tesoro no podría hoy ser agravada con este gasto, no lo es ménos que el actual estado de cosas no puede continuar. No es decorosamente sostenible que una clase profesional numerosa tenga solamente prometida su justa retribución, y que parezca, por tanto, poder reclamarle con derecho; y que, sin embargo, los gobiernos no puedan de modo alguno satisfacerle por no estar como queda dicho legitimado este gasto.

Pero bien, los años han pasado; y si respecto á honorario químico-legal ya algún cobro creo se ha verificado; en cuanto al honorario médico-legal, en las últimas condiciones, no sé de ninguno. Y no se arguya que los efectos del artículo 29 del Reglamento de forenses fueron anulados por la R. O. de 20 de Marzo de 1865; pues el artículo 465 de la Ley de Enjuiciamiento criminal, vigente en esta Isla y la de Puerto-Rico, favorece, cuando el que prestó el servicio no tuviere entónces retribución fija por el Estado, por la Provincia ó el Municipio, y el espíritu de dicho artículo se hallaba vigente desde muchísimos años atrás en las Leyes de la Península.

Solo de un caso de cobro conozco, y aún solo aproximado, y es el que narro en páginas 530 á 535 del tomo 1º de mi «*Manual de legislación sanitaria de la Isla de Cuba*,» que vengo publicando; cuyo tomo 1º se halla ya terminado y en el que después de regulada la cuenta por la Real Academia de ciencias médicas, físicas y naturales de esta Ciudad y admitida por la Hacienda, se encuentra desde el año de 1885 en espera de designación de capítulo para ser satisfecha. Pero, por de pronto, hasta la fecha nada he visto.

Más, no obstante lo expuesto, ¿debemos desistir y abandonar nuestro derecho? En ningún modo; pues, reconocido como se halla por las Leyes y tan adelantado como está su trámite, cual acabo de exponer, con obviar obstáculos de oficina en la forma y manera que precise, será, más ó ménos pronto, un hecho real el cobro del honorario médico-legal en causas con costas declaradas de oficio, y después de obtenido el primer paso, fácil les será igual resultado á los demás.

Más para cuando algún comprofesor quiera iniciar el cobro de honorarios de tal clase no basta que el derecho, en general, sea reconocido y que se halle espedito el trámite; sino que es menester que aquel se sepa agenciar y que tengamos presente el alcance y límite de las distintas situaciones en que podamos hallarnos, ó nos hayamos hallado, al prestar el servicio.

Y esto es lo que pasaré á tratar.

En primer término, hay que distinguir: *si se prestó el servicio médico-legal por órden judicial, ó si fué á instancia de parte.*

En segundo: *si al prestarlo era médico libre ó tenía adquirido algún compromiso de sus servicios con el Municipio, Provincia ó Estado, por los cuales percibiese alguna remuneración fija. También hay que atender: á si ha habido condena de costas ó han sido declaradas de oficio, y en una y otra de las primeras situaciones, si la parte condenada al pago resulta ó no solvente, ó ha sido declarada pobre durante el juicio, que se tramite;* y finalmente, si ha transcurrido ó no el plazo legal para reclamarlos.

CAPITULO 2º

CASO EN QUE SEA LA AUTORIDAD JUDICIAL HA QUE HAYA EXIGIDO EL SERVICIO.

Artículo 1º—Procedimiento si el servicio exigido lo ha sido por Autoridad judicial á un Profesor libre, y situación dietinta, según que al fallarse en firme la causa, haya declaración de costas y resulte solvente el condenada á ellas ó que este sea insolvente ó fueren las costas declaradas de oficio.

Si el servicio ha sido exigido por Autoridad judicial y prestado por Profesor libre: luego que haya recaido sentencia *firme* en la causa, (y no lo es sino cuando después de haberla fallado la Excma. Audiencia hayan las partes y el Ministerio fiscal consentido la sentencia por lápsus escesivo del tiempo de apelación, ó bien después que el Tribunal Supremo la haya casado ó no, si se hubiere acudido á tal recurso) y si ha verificado el Profesor en cada una de las diligencias que ha suscrito é intervenido lo que respecto al honorario devengado nos dice el artículo 26 del Reglamento de forenses, que ya he citado, y caso de que haya habido condena de costas; entónces «*el Secretario del tribunal ó juzgado, que interviniere en la ejecución de la sentencia, hará, conforme ordenan los artículos* 242, *inciso* 4º *de la Ley de Enjuiciamiento criminal vigente, la tasación de las costas de que hablan los incisos* 1º *y* 2º *del artículo* 241, *ó sea del reintegro de papel sellado y de las costas por pago de derecho de Arancel,*» á que ajustan los honorarios médicos.

Tasadas y reguladas, se dá vista al Ministerio fiscal y á la parte condenada al pago para que manifiesten lo que tengan por conveniente en el término de tres días (artículo 243).

Si existe conformidad de ámbas, ó pasaren los plazos legales para tacharlas, las aprueba el Tribunal y son firmes y se ejecutan luego, y, en caso de tacharse por algún concepto ó argüirse de excesivas ó ilegítimas, reforma la tasación y regulación, ó ántes de resolver, puede el juez ó tribunal pedir informe á dos indivíduos de la misma profesión ó á la Junta de Gobierno del Colegio respectivo, (artículo 244); que en nosotros es á la Real Academia de ciencias médicas etc.

Aprobadas ó reformadas la tasación ó regulación, se procede á hacerlas efectivas por la vía de apremio, establecida en la Ley de Enjuiciamiento civil, con los bienes de los que hubiesen sido condenados al pago, (artículo 245 de la misma).

Esto es lo referente á cuando el condenado al pago de costas es solvente; que, caso de no serlo, ó haber sido declaradas de oficio, entónces, en virtud de lo que dispone el artículo 465 de la Ley de Enjuiciamiento criminal, en harmonía con el artículo 26 del Reglamento de forenses, que en un tiempo rigió, y lo que sucede en los peritos químico-legales, que perciben del Estado por sus honorarios y demás gastos de cantidad que se fije en el Reglamento (artículos 358 y 361 de la referida Ley); así sucede en ellos. Y para esto, después de pedir al juez instructor un atestado del servicio que se cumplió, así como del honorario devengado y de ser el fallo recaido con declaración de costas de oficio, se formula una instancia al Excmo. Sr. Presidente de la Audiencia para que se digne promover lo conducente, á fin de que se abone el honorario devengado, uniéndole el atestado ántes adquirido.

El juez instructor, junto con su informe, lo eleva entónces al Presidente referido, quien, hallándole conforme, remite la cuenta informada al Ministro de Ultramar; y de no, pide informe á tres comprofesores, y en vista de su dictámen, aquel los confirma ó rebaja y la remite, de todos modos, informada al Excmo. Sr. Ministro de Ultramar.

Este, si los considera escesivos, puede también, ántes desechar el pago, pedir informe; y en su caso, nueva tasación de los mismos á la Real Academia de ciencias médicas, físicas y naturales: y en vista de lo que esta expone, ó nueva tasación que practicara, confirma ó reduce el honorario á lo que cree justo y decreta su pago: á cuyo efecto en los presupuestos de cada año del referido ministerio se incluye la cantidad qne se estimare necesaria, (artículo 359 y 301 de la referida Ley.

Anteriormente no se mandaba la cuenta y tasación al Ministerio de Ultramar; sino que, en atención á lo que dispone la R. O. de 26 de Diciembre de 1884, remitían los Jueces de 1ª Instancia la cuenta á la Real Academia citada, quien, junto con informe, la devolvía al anterior Juez de 1ª Instancia y este á su vez, después de aprobarla, la remitía á su superior gerárquico el Regente de la Audiencia, el cual la pasaba á la Dirección General de Hacienda á los efectos correspondientes.

Más, promulgada posteriormente la referida Ley de Enjuiciamiento criminal, á sus preceptos ántes citados, hay que atenernos.

Y caso de que el Profesor que prestó el servicio hubiera olvidado anotar su honorario al pié de las diligencias al suscribirlas, puede suplicar al Sr. Juez instructor que entendió en ellas, y en cuya Secreta-

ría radica la causa, después de fallada en firme, que se le ponga de manifiesto en la Escribanía, lo que se concede. Enumera y especifica entónces sus honorarios, formula su cuenta y suplica el abono de la misma manera que anteriormente he indicado.

Avtículo 2º—Proeedimiento si el servicio exigido lo ha sido por le Antoridad judieial ó Profesor que disfrute alguna remuneración fija por el Estado, por la Provineia ó por el Municipio y ha reeaido condena de eostas en la senteneia firme y resulte solvente el eondenado á ellas, ó si es insolvente ó sean las costas declaradas de ofieio.

Ahora, si el servicio médico prestado por órden judicial lo hubiere sido por médico que disfrute alguna retribución fija por el Estado, por la Provincia ó Municipio, (y en este caso se hallan los médicos municipales y los forenses), entónces, si cual los forenses de Madrid disfrutase sueldo fijo por el Estado, no tendría derecho á percibir ninguna otra remuneración en el concepto de tal funcionario, cualquiera que fuese el resultado de la causa, por disponerlo así la R. O. de 31 de Marzo de 1863, que en su artículo 3º, les dice también: «Que los derechos que se devenguen en lo sucesivo por los médicos forenses, ya referidos, y con arreglo al Arancel, se harán efectivos en los pleitos ó causas de partes solventes en papel de multas, que se inutilizará, uniéndolo á los autos etc.» Y en el artículo 2º dice también: «Que queda sin efecto con referencia á ellos lo dispuesto en el artículo 29 del R. Decreto de 31 de Mayo de 1862, ó sea el abono por el Estado cuando hubiere insolvencia ó declaración de costas de oficio.»

Más, si solo fuese médico municipal ó titular, quienes no gozan sueldo especial de médico-forense; sino de médico municipal para la asistencia de enfermos pobres de un término y sobre quienes, si recae el trabajo médico-forense, es solo «*interín se realiza la formación de la clase ó cuerpo de los facultativos forenses*,» como textualmente dice el artículo 93 de la Ley orgánica de Sanidad, y se prevee también en el preámbulo del Decreto del Gobierno General de esta Isla de 24 de Agosto de 1871, al final del inciso 7º, en que dice al tratar de las obligaciones forenses, que también se imponen al médico municipal: «*Que tal organismo puede servir de base á la creación ulterior de médicos forenses en todos los partidos;*» entónces tiene derecho al cobro de los honorarios que haya devengado en causa que haya recaido condena de costas, y el trámite para obtenerle es el mismo que el enarrado para el Profesor libre. Pero *si las costas hubiesen sido declaradas de oficio*, entónces corre el mismo albur ó situación que los Escribanos y demás del Juzgado, sugetos á Arancel, porque, en primer lugar, le niega derecho al cobro el artículo 465 de la Ley de Enjuiciamiento criminal; que dice, como anteriormente tengo manifestado: «*Los que presten in-*

forme como peritos, en virtud de órden judicial, tendrán derecho á reclamar los honorarios é indemnizaciones que sean justas, sino tuvieren, en concepto de tales peritos, retribución fija satisfecha por el Estado, por la Provincia ó por el Municipio,» (aunque quizás pudieren exigir algo en sentido de que su haber no es en el concepto de *perito forense);* y, en segundo lugar, porque el artículo 242 de la Ley de Enjuiciamiento criminal espresa: «*Cuando se declaren de oficio las costas no habrá lugar al pago de las cantidades á que se refieren tos artículos* 1º *y* 2º *del artículo anterior, ó sean* 2º *el pago de los derechos de Arancel,»* entre los que suelen englobarse los derechos médico-forenses.

CAPITULO 3º

CASO EN QUE EL SERVICIO PRESTADO LO HAYA SIDO Á PETICIÓN DE PARTE INTERESADA.

Otra de las circunstancias fundamentales que indiqué había que atender era la de que el servicio médico-legal hubiera sido prestado á petición de parte interesada.

Esta circunstancia puede ocurrir tanto á un Profesor libre, como á otro cualquiera, que se halle percibiendo alguna remuneración fija como médico del Estado, de la Provincia ó del Municipio, y ya en un aspecto como en otro, el resultado es el mismo.

Pasaré á probar y á precisar lo que debe hacerse en tales casos.

Artículo 1º—Procedimiento si resulta solvente la parte que exigió el servicio y ya sea ó no Profesor libre el que lo hubiere prestado.

Si el que solicitó el concurso es solvente y quiere abonar los honorarios, es lo más fácil y puede hacerlo en cualquier estado de la causa y hasta anticiparlo y convenirse en la cantidad; pero si rehusa ó si se demorase indebidamente, entónces han de proceder cual les exije el artículo 242, inciso 2º de la Ley de Eujuiciamiento criminal, ó sea «Los Procuradores y Abogados que hubiesen representado y defendido á cualquiera de las partes y los peritos ó testigos, que hubiesen declarado á su instancia, podrán exigir de aquella, sino hubieren obtenido el beneficio de pobreza, el abono de los derechos, honorarios é indemnizaciones que les correspondieren, reclamándolos del Juez ó Tribunal que conociere en la causa. Se procederá á su exacción por la vía de apremio, si presentadas las respectivas reclamaciones y hechas saber á las partes no pagasen estas, en el término prudencial que el Juzgado ó Tribunal señale, ni tachasen aquellas de ilegítimas ó excesivas. En este último caso se procederá préviamente, como dispone el párrafo 2º del artículo 244, que es «pedir informe á dos indivíduos de

la misma profesión ó á la Junta de Gobierno del Colegio de su profesión,» que en este caso sería la Real Academia de ciencias médicas etc.

Articulo 2º—Situación y procedimientos si es insolvente ó fuere declarado pobre durante el juicio, la parte que exigió el servicio.

Pero, puede sucederles también que el que les haya reclamado el trabajo resulte luego insolvente ó fuere declarado pobre durante el juicio. Entónces no les queda más recurso que conformarse y renunciar de por sí al cobro ó esperar á que mejore de fortuua dicho interesado. Y esta circunstancia solo podrá referirse cuando, de conformidad con lo que dispone el artículo 140 de la Ley de Enjuiciamiento criminal, «viene á ella dentro de tres años después de finida la causa, entendiéndose que así sucede cuando llega á alguna de las situaciones á que se refieren los números 1º y 2º del artículo 39 de la Ley de Enjuiciamiento civil, que son: 1º cuando se ha adquirido salario permanente, sueldo, rentas ó bienes ó está dedicado al cultivo de tierras ó cria de ganados, cuyos productos sean ó estén graduados en una cantidad superior al jornal de cuatro braceros en cada localidad; y 2º cuando paga de contribución de subsidio cuotas dobles á las designadas en el número 4º del artículo 15 de la misma,» que son: «Para la ciudad de la Habana 300 pesetas. — Para las capitales de las demás provincias de esta Isla, 200 pesetas. — Para la capital de la Isla de Puerto-Rico, 200 pesetas.—Para las cabezas de partido judicial de esta Isla y la de Puerto-Rico, 100 pesetas. — Y para los demás pueblos de ámbas Islas, 50 pesetas.»

De modo, pues, que ya veis cuántas distinciones ó considerandos han tenido que hacerse para poder compendiar los distintos aspectos que pueden surgir para el cobro de los honorarios médico-legales, y por ello deducireis la necesidad de conocer la situación, tanto propia como del deudor, y clase de fallo recaido en la causa, ántes de que emprendamos en la petición y defensa de un honorario médico-legal de los referidos.

Y todo ello, se entiende, no habiendo dejado transcurrir el plazo legal de reclamación de honorarios médicos, que, como sabeis, caduca el derecho á reclamarlo, si la acción no se estableciere ántes de los tres años después de devengado, según así se determinó por Sentencia del Tribunal Supremo de Justicia en 20 de Abril de 1882 en la reclamación establecida por el comprofesor D. José Longoria contra Dª Balbina Martínez y Fernández. Y en los honorarios médico-legales el plazo no empieza á correr, en causas cuyo servicio se haya prestado por órden judicial, hasta que recaido fallo firme, le ha sido la sentencia notificada en forma al comprofessr.

Segunda parte.

CONSIDERANDOS RESPECTO Á LOS EFECTOS DE LOS ARTÍCULOS 241 Y 242 DE LA LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL, CON REFERENCIA Á NUESTRA CLASE.

Réstame ahora solo hacer ligeras observaciones, lo que haré así, atendido lo corto del tiempo que me queda para poder hacer uso de la palabra que tan honrosamente para mí me ha sido concedida, acerca de lo que entiendo existe de oscuridad respecto á nuestra clase en los artículos 241 y 242 de la Ley de Enjuiciamiento criminal, y que creo deberíamos esforzarnos en reclamar su aclaración para evitar perjuicios á la clase médica.

De la lectura del artículo 95 de la Ley orgánica de Sanidad, que nos dice: «A los Profesores encargados del servicio médico-legal se les »abonarán los derechos que por las leyés arancelarias se le señalen etc.» También de la del artículo 26 del Reglamento de Forenses, en el que se manifiesta «que los médicos forenses y demás Profesores á que se »refiera tal Decreto, que presten servicios con el carácter de auxiliares »de la Administración de justicia etc,,...... percibirán los derechos que »cada uno devengue, siempre con arreglo al Arancel, que á continua»ción le sigue.»

Y finalmente, de la del artículo 358 de la Ley de Enjuiciamiento criminal, que, al tratar de los peritos químico-legales, dice: «Que perci«birán por sus honorarios la cantidad que se fije en los Reglamentos, »y esta se halla ya designada en el Arancel del Reglamento de médi»cos forenses».

De todo ello se deduce que nuestros honorarios son arancelarios y que, por tanto, nos hallamos incluidos, para los efectos de cobro, en las ventajas y contras del inciso 2º del artículo 241 de la Ley referida, ó sea respecto á perjuicio, *que al ser declaradas las costas de oficio, no ha lugar al abuso de nuestros honorarios por ser de los de Arancel.*

Más, de lo que se deduce de la definición de la palabra *Perito*, que es «la de serlo el que posee conocimientos ó práctica en un arte ó ciencia,» y con relación á los asuntos judiciales *el que con sus conocimientos del arte ó ciencia que ejerciere ó poseyere, es llamado para auxiliar con ellos á la buena Administración de la justicia y dilucidar los casos cuestionables, que, referente á un arte ó profesión, existiesen en la causa*», circunstancias que nos comprenden de lleno; y de la lectura de los artículos de la Ley de Enjuiciamiento criminal vigente, números 456, 457, 356 y 357 que dicen: «456. El Juez acordará el informe judicial cuando para

»conocer ó apreciar algún hecho ó circunstancia importante en el su»mario fuesen necesarios ó convenientes conocimientos científicos ó »artísticos.

«Art. 457. Los peritos pueden ser ó no titulares. Son peritos titula»res los que tienen título oficial de una ciencia ó arte, cuyo ejercicio »esté reglamentado por la Administración.

«Art. 356. Las operaciones de análisis químico, que exige la sus»tanciación de los procesos criminales, se practicarán por doctores en »medicina, en farmácia, en ciencias físico-químicas, ó por ingenieros »que se hubieren dedicado á la especialidad química etc.

«Art. 357. Los indicados Profesores prestarán este servicio en con»cepto de peritos titulares. etc.»

De todo ello puede también deducirse, que así mismo tenemos el carácter de peritos titulares, y que, en tal concepto, pueden cabernos los pró y contras del artículo 241, inciso 3º y los de inciso 2º del artículo 242, y derechos que por el inciso 4º, párrafo 2º, tienen los obligados peritos, que son *el de que no se les tase par Arancel su trarajo intelectual; sino que sus honorarios se acreditan por minutas firmadas por los mismos interesados, en las que ellos de por sí han apreciado su trabajo intelectual y sin perjuicio de que después, caso de que no hubiere conformidad con las cuentas, se corran los trámites de impugnación por el ministerio fiscal ó la parte interesada; y si se tachasen de excesivas ó ilegítimas, se regulricen por los dos indivíduos de la misma profesión ó por la Junta de Gobierno del Colegio ó Academia respectiva, que dice el artículo 244: inciso 2º de la Ley de Enjuiciamiento criminal.*

Por todo lo que se vé, que existe confusión en el aspecto con que podamos ser considerados, y qué distintas pueden ser las consecuencias, según que se nos consideren los honorarios médico-legales con carácter arancelario ó al análogo de los demás peritos ó abogados.

Dedúcese por tanto lo conveniente de que para evitar dudas y obtener la consideración que nos es debida, de una vez se nos incluyera en la clase general de «peritos» y «titulares» con todos los pró y contras de los mismos y de este modo habríamos obtenido condiciones iguales á los Abogados y peritos referidos.

Carácter que sería mucho más lógico; pues de apreciarnóslos solo con arreglo al Arancel, únicamente se consigue que el mismo honorario obtenga un escrito ramplón, que uno realmente científico, que determine de por sí sólo el punto objeto de ilustración ó debate, con tal que en tamaño igualen, pues el Arancel sólo estima los dictámenes por su extensión, como si dijéramos *por metro ó á peso*, como cualquier objeto ordinario material y no por su calidad.

Y si esto pareciere inexacto, véase lo que textualmente dice: *Por un informe ó consulta.—Si no ocupa más de una hoja de papel de la marca*

del sellado: 50, 40 ó 30 *pesetas. Si excede de la* 1ª *hoja, por cada una que se añada:* 20, 15 *y* 10 *pesetas.*

Ya veis, pues, que no puede ser más inadecuado este sistema de apreciación de los dictámenes médicos y consiguientemente la adjudicación de los honorarios con arreglo al Arancel.

Por tanto, muy justo sería que al llegar cualquiera de los de nuestra clase en aptitud de ser oidos en la confección de las leyes, procurase se aclarase este particular y otros que en análogo sentido fuere menester (cual ya recientemente nos ha dado ejemplo el Dr. Letamendi, quien deseando armonizar el Código penal con la ciencia médica, pidió, como Senador que es, al Minis.ro de Gracia y Justicia en Febrero ó Marzo de 1887, *que llevase el concurso del elemento médico en la Comisión de Codificación* y así se le ofreció al mismo), ó, si no quiere confiarse en este medio, lo promoviésemos algún dia en nombre de la clase, en el seno del Colegio ó Asociación médica, que acaba de instituirse, especialmente con el fin principal de defender á la clase é intereses médicos; razón por la que debemos prestarle todo nuestro apoyo.

Pues cuentan refranes viejos: y ¡á fé que se contienen verdades en algunos de ellos! «que la caridad bien ordenada no excluye el que también se piense,*(y á veces con alguna preferencia)* en lo que sea referente á uno mismo.»

Reitero, que no es que intente apartaros del bello ideal y práctica de la ciencia y del bien á la Humanidad.

¡Parte de este gran todo somos! Bajo los anchurosos pliegues de su bandera el «Progreso» nos movemos, y cuanto tienda al bienestar y felicidad humanas, objeto serán de nuestros constantes desvelos, interín la Parca, con su fría segur, no venga á cercenar el hilo de nuestras vidas; pero tampoco debemos olvidarnos de nosotros.

Entre tanto y al mismo tiempo: ¡al bien, á la fraternidad y á la ilustración universales vayamos!

Esto es, cuánto he creido conveniente exponeros en desarrollo de mi tésis.

El Sr. Presidente: Se concede la palabra para argumentar al Dr. J. Santos Fernández.

Dr. J. Santos Fernández: Manifiesta que, á pesar de las opiniones emitidas por el Dr. Vesa y de las citas legales que hace, no se conseguirá que el Estado abone á los médicos sus honorarios, fundándose en que no había consignación especial para ello.

Dr. Gómez de la Maza: Dice que es indiscutible el derecho de los médicos á cobrar sus honorarios y que comprende la razón que tendrían para oponerse á prestar servicios gratuitos, pero que no sabe como podrían repeler esas imposiciones del poder judicial, ni verificar el cobro de sus honorarios.

Dr. Vila: Que á no ser en los casos de muy urgente necesidad no pueden las autoridades obligar á los médicos á la prestación de esos servicios, y que esto lo establece un fallo de la Audiencia á su favor, con motivo de una reclamación contra la disposición de un juez á quien no obedeció por no creerlo indispensable.

Dr. Reinery: Dice que en la Habana los médicos forenses llenan los servicios judiciales porque tienen los honorarios correspondientes y que, por lo tanto, en el campo los médicos municipales pueden negarse á prestar dichos servicios sino se los abonan.

El Sr. Presidente: Tine la palabra al Dr. Vesa para la réplica.

Dr. Vesa: Insiste en el derecho de los médicos para negarse á esa clase de servicios, escepción hecha de los casos muy urgentes, en que, ya por la importancia del asunto, el esclarecímiento judicial, ó circunstancias escepcionales, de todos conocidas, ó ya por la propia misión del médico, no parece digno, ni lógico, escusarse.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Sr. Secretario para dar lectura á una moción que acaba de presentarse.

El Sr. Secretario: «Los que suscriben, en vista de todo lo manifestado y teniendo en cuenta las frecuentes y gráves consecuencias que para los médicos tienen cási siempre las diferencias que entre ellos y el poder judicial se suscitan, con motivos de mandatos para servicios á que no están obligados, y, por otra parte, la verdadera necesidad que se esperimenta en el interior de un servicio médico-forense oficial, tienen el honor de proponer al Congreso que reclame del Gobierno el cumplimiento de esa necesidad. — Dres. *B. Sáenz Yánez.* — *Eduardo F. Plá.*

El Sr. Presidente la sometió á votación y fué aprobada por unanimidad.

El Sr. Presidente: Se dá por terminada la sesión y se cita al Congreso para el día inmediato á las siete y media de la noche.





NOVENA SESION.

(21 de Enero —Noche.)

Presidencia: Dr. Zayas.

Secretario: Vice-Secretario, Dr. J. San Martín.

Abierta la sesión á la hora señalada préviamente, dió lectura el Vice-Secretario, Dr. J. San Martín, al acta de la anterior, que fué aprobada sin modificaciones.

El Dr. Bellver pide la palabra para una cuestión prévia y, concedida que le fué por el Sr. Presidente, pide que, con arreglo al artículo 15 del Reglamento, se le señalara el último turno de la sesión para una conferencia sobre Fiebre-Amarilla.

El Sr. Presidente, después de manifestar que podía aprovecharse la latitud del artículo citado para diferir á la solicitud del Dr. Bellver, la sometió á la discusión del Congreso y habiendo resultado favorable, se le señaló el último turno de esa sesión.

El Dr. Bellver manifestó su agradecimiento al Congreso.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Desvernine para dar lectura á su trabajo.

Contribución al estudio de las insuficiencias laríngeas, por lesiones de los recurrentes.

Por el Dr. Cárlos M. Desvernine.

Los primeros datos clínicos referentes á esa perturbación de la motilidad laríngea, que conduce en su completo desarrollo á la posi-

ción media de las cuerdas vocales y á la muerte por asfixia, sino se interviene abriendo la tráquea, proceden de las observaciones Gerhardt, publicadas en 1863 los anales de Virchow. Gerhardt y los investigadores que le sucedieron en el estudio de este importante asunto, atribuyeron la insuficiencia respiratoria á un estado paralítico de los músculos dilatadores de la glótis, ya de orígen miopático, (Gerhardt, Mackenzie) ya por trastornos orgánicos en el territorio central ó periférico de los nérvios laríngeos inferiores.

Bajo este último punto de vista y en presencia del hecho neto de que en la gran mayoría de estos casos la causa perturbadora inicial, que implica cordones nerviosos aferentes á un grupo muscular que rije y la oclusión y la dilatación de la glótis, cuando sus filetes en su agregado constituyen ya un tronco nervioso compacto y único, era indispensable, en tales circunstancias, encontrar la aplicación del singular fenómeno de la inmunidad que parecen poseer los músculos constrictores. Por este concepto han sido innumerables las teorías é hipótesis que han circulado en el mundo científico; pero todas han encontrado un muy débil apoyo, ó ninguno, por parte de la investigación anatómica, de la experimentación y de la clínica.

Así, pues, puede afirmarse que, á pesar del hecho evidente y elemental de que la lesión inicial reside en el trayecto de los laríngeos inferiores las más de las veces, á pesar de una rica analogía en patología nerviosa, y á pesar de los esfuerzos de los hombres más expertos en la ciencia, no ha sido posible, por causa de la integridad de los constrictores, incluir, sin grandes reservas, dicho desórden motríz en el grupo bien definido de las parálisis periféricas, si se interpreta esta expresión rigorosamente en el sentido de supresión funcional del segmento distal del nérvio por interrupción de su conductividad en el sitio de la lesión.

Semón, de Lóndres, á quien pertenece el mérito de haber probado lo frecuente que es la afección, apoyándose en el estudio de un considerable número de casos, intenta resolver el problema, atribuyendo á las fíbras abductoras del laríngeo inferior cierta tendencia especial á ser afectadas aisladamente bajo la influencia de aquellas causas que envuelven la totalidad del cordón nervioso, y hace extensiva esta particularidad á las fibras abductoras del accesorio y del pneumogástrico, ya por lesiones periféricas, ya con completa ausencia de alteración orgánica. Pero el mismo Semón, así como también sus adeptos, conceden que no quedará interpretada la patogénia de dicho estado patológico, miéntras no se descifre el extraordinario fenómeno de que, dada una lesión de un segmento nervioso periférico, se encuentren abolidas exclusivamente los atributos funcionales de un determinado grupo de sus fibras, conservando los restantes una integridad absolu-

ta. Con todo esto, pues, Semón no ha hecho más que enunciar la posibilidad de un hecho hipotético, sin decirnos en ninguna parte el por qué anatómico y fisiológico de esa misteriosa vulnerabilidad.

Las únicas observaciones que parecen apoyar esta manera de ver, son las de Riegel, quien se vé conducido por ellas á la convicción de que no es admisible otra interpretación de fenómeno, sino la de una parálisis primitiva de los filetes dilatadores de los recurrentes. La firme opinión de Riegel está basada en las autópsias de dos de estos casos, en uno de los cuales se encontró el enclavamiento de ámbos recurrentes en producciones patológicas, y, al mismo tiempo, la atrófia de ámbos crico-aritenóideos posteriores, acompañado este estado de la degeneración de algunas de las fibras de dichos nérvios, contíguos á otros perfectamente normales. En el segundo caso sólo encontró la atrófia de los dilatadores. Estas observaciones, que parecen concluyentes en el sentido que se las interpreta, veremos más adelante la significación que pueden adquirir.

Rossembach atribuye á los crico-aritenóideos posteriores el mismo papel fisiológico que á los extensores y abductores de las extremidades, y en este concepto resultarían ser más profundamente perturbados por lesiones periféricas ó centrales, como sucede en las parálisis de las extremidades.

Semón, independiente, ha llegado á un juicio análogo, y cree, además, en la existencia de un centro ganglionar especial para los dilatadores, cuya lesión, si bien explicaría las parálisis abductrices de orígen central, no sucedería así para las de orígen periférico, sobre las que piensa con Penzald, que podrán ser explicadas por la resistencia que presentan los abductores ó constrictores en virtud de la acción sinérgica de éstos.

Además, es para Semón un factor de mayor vulnerabilidad el acentuado automatismo de los dilatadores. Todas estas interpretaciones carecen de base si se analizan en un sentido anatómico ó fisiológico, y, sobre todo, el hecho clínico indiscutible de que lesiones nerviosas unilaterales provocan á veces trastornos laríngeos bilaterales (Baümler, Johnson, Sommerbrodl', Desvernine) excluye forzosamente aquellas teorías que encierran el concepto de una perturbación funcional de orígen estrictamente periférico; es decir, la noción patogénica de que lesiones situadas en el trayecto de los nérvios laríngeos inferiores, ó de sus tributarios, ejercen su acción perturbadora por un mecanismo exclusivamente centrífugo. En efecto, el único grupo muscular de los que presiden á los movimientos de posición de las cuerdas, que podría perturbar dichas excursiones en ámbas cuerdas, por lesión de un solo recurrente, sería el inter-aritenóideo, por el hecho de estar subordinado á cada uno de dichos nérvios. Pero si bien este dis-

positivo anatómico, cuyo conocimiento debemos á Erner, es un hecho que confirma la experimentación, éste nos dice que es tan completa esa distribución nerviosa de doble orígen, que persiste íntegra la contractibilidad de dicho grupo muscular, áun cuando se sustraiga fatalmente una de sus fuentes de influjo nervioso.

Sin insistir en más detalles, puede decirse que tal era el estado de la cuestión, hasta que Krausse, de Berlín, publicó un trabajo experimental, que hizo época en el estudio de este asunto.

La idea fundamental de Krausse consistió en emplear diversos grados de compresión sobre los recurrentes y observar sus efectos para interpretarlos á la luz de la más severa fisiología normal y patológica.

Sus experimentos se componen de tres séries.

En la primera practicó la compresión del recurrente en 11 perros, comprendiendo al nérvio entre un pedazo de corcho y una tira de goma elástica. En el primer experimento, el resultado fué inmediato y franco; la cuerda correspondiente asumió la posición de abducción completa, en la que permaneció durante 30 horas consecutivas. En el segundo caso, los efectos fueron más intensos aún, y á la compresión del nérvio sucedió una dísnea de 100 respiraciones por minuto, dependiente de la insuficiencia respiratoria por la oposición íntima de ámbas cuerdas en la línea media. Estos trastornos persistieron, un tanto atenuados, 40 horas, provocando la muerte del animal por asfixia.

En vista del fenómeno activo de la contracción de los abductores, Krausse abandonó la idea de que fuese un efecto directo de la irritación mecánica y pensó en una contractura de orígen reflejo, contando, como vía para la incitación centrípeta, aquellas fibras sensitivas del recurrente que provienen de la rama comunicante del laríngeo superior. En los nueve casos restantes, en sólo dos se obtuvo la posición media de las bandas, sin volver á alcanzar los resultados la intensidad de los ensayos anteriores. La sección de ámbos laríngeos superiores, que debía suprimir la vía centrípeta del arco diastáltico, sólo una vez provocó la desaparición de la contractura, ocupando las cuerdas en el acto la posición cadavérica. Atribuyéndose esta poca uniformidad en los resultados á la manera desigual é imperfecta de la compresión, se sustituyó el aparato primitivo por un pequeño instrumento de caoutchut vulcanizado, el que permitía precisar mejor el grado de constricción; pero, á pesar de este perfeccionamiento, los efectos no resultaron, ni más concluyentes, ni mas constantes, deduciéndose únicamente de estas compresiones progresivas, que *la cuerda vocal determinaba uniformemente,— hasta la producción de la parálisis completa,— tanto la abducción, como la adducción, aunque aquella es la regla, con más energía que ésta·*

La tercera série de experimentos merece la mayor atención: Krausse la considera decisiva. Esta vez se prescindió de ejercer una fuerte constricción, y se aplicó sobre el nérvio un fragmento de corcho; una ligadura floja con una tira de goma ó una cuerda de violín, resblandecida préviamente en agua.

Después de bréves instantes ó de algunas horas, persisten las excursiones bilaterales; pero *esforzando la adducción, preséntanse entónces en uno ú otro punto, ligeras contracciones vibrátiles* y conservan las cuerdas la posición de adducción *por un espacio de tiempo algo más largo que ántes de la operación*, llevándose á cabo aún, con energía y regularidad, los movimientos hácia afuera, hasta el máximun posible. A las ocho ó diez horas, la respiración se hace precipitadamente estridulosa, enómeno que es transitorio, y, sí 24 horas después de la operación se practica un exámen laringoscópico, se observan las cuerdas vocales en la posición media de una manera fija y permanente, provocándose únicamente la atenuación de este estado por la administración de un anestésico; pero, así que pasan sus efectos, vuelven á presentarse enérgicamente *tersas y aplicadas una á otra en cada momento de la inspiración.*

A pesar de los fenómenos inflamatorios, provocados en el nérvio por el traumatismo, las cuerdas reasumían su libertad si se suprimía la constricción, para volver á la posición de adducción al restituir todas las circunstancias del experimento.

Estos fenómenos los interpreta Krausse, no como consecuencia de un estado paralítico de los crico-aritenóideos desde luego, sino dependientes de una contracción activa de los constrictores, y funda su principal argumento en que, después de seccionado el nérvio, la constricción de su extremidad periférica, lógrase provocar en idénticas condiciones la posición media de la cuerda.

Trece fueron los perros operados. En 9 de ellos, los síntomas laríngeos fueron bilaterales; en dos, el resultado deseado fué unilateral, del lado correspondiente al sitio de la lesión; en uno, la cuerda asumió la posición cadavérica, y en el último, la parálisis fué total de ámbos lados.

El estudio histológico de los nérvios, demostró la existencia de un proceso neurítico y peri-neurítico, más ó ménos avanzado, y, en algunos casos, la regresión degenerativa del elemento nervioso propio.

De este conjunto de datos concluye Krausse, después de un severo análisis y de una madura reflexión, que se trata en estas condiciones, así como en las análogas de patología humana, no de una parálisis de los dilatadores, sino de una contractura tónica, permanente, de los constrictores de la glótis, primitivamente originada por una irritación periférica del recurrente.

Para crear esta exaltación permanente de la excitabilidad nerviosa, cree Krausse indispensable un cierto grado de neurítis, la que por sí sola, sin embargo, sería insuficiente para despertar los fenómenos laríngeos, y necesita, como agente solicitante, un cierto grado de compresión.

Esta apreciación parece estar en acuerdo con el hecho de la aparición y desaparición de la contractura, en la tercera série de experimentos, durante la presencia ó ausencia de la ligadura.

Ahora bien; de que estos hechos y estas conclusiones sean correctas en el fondo, ¿puede deducirse que sea éste el mecanismo fundamental y general del trastorno, tal como se nos presenta en patología humana? Paréceme aventurado resolver el problema de manera tan absoluta ante ciertas consideraciones de órden fisiológico, y, sobre todo, ante el análisis clínico y anátomo-patológico de cierta categoría de casos.

Es necesario sentar por principio que no existe prueba alguna de que las fibras adductoras de los recurrentes sean particularmente vulnerables. Esta noción es absolutamente errónea, sin siquiera la sombra de una analogía en toda la anatomía comparada, y ha surgido de la preponderancia que poseen los adductores por razón de su superioridad numérica, la que invariablemente se pone de manifiesto por la oclusión de la glótis, siempre que un estímulo adecuado excita el tronco nervioso aferente á ámbos grupos musculares. Es evidente, pues, que cuando se observan dichas cuerdas en la posición fonética, de alguna suerte ha entrado en acción esa preponderancia fisiológica.

He podido comprobar este hecho en el hombre experimentalmente. Un indivíduo que casualmente, por un accidente, se había seccionado el recurrente izquierdo en el cuello, presentaba un trayecto fistuloso que conducía á un punto muy próximo del segmento distal del nérvio. La cuerda vocal correspondiente ocupaba, en condiciones ordinarias, la posición cadavérica; pero introduciendo en el conducto fistuloso un electiodo apropiado, la excitación eléctrica determinaba, del mismo lado, la adducción súbita y violenta de la cuerda, sin que la opuesta participase de este movimiento, á pesar de una ligera inclinación mesial del aritenóideo derecho. Este hecho demuestra que en el hombre, como en los animales inferiores de un tipo laríngeo análogo, los recurrentes conservan exclusivamente el aparato muscular de su propio lado; de suerte, que en aquellos estados de posición media de ámbas cuerdas por lesión única, como se observan ejemplos en patología humana, y como los describe Krausse en algunos de sus experimentos, es ineludible interpretar la bilateralidad del fenómeno por algún mecanismo reflejo.

A priori es admisible esa contracción muscular indirecta, por el

hecho de contener los recurrentes fibras centrípetas, ya propias, ya procedentes del laríngeo superior por la vía de la rama comunicante; pero no deja dudas sobre la significación fisiológica de los hechos anatómicos invocados, la desaparición instantánea de la contracción, seccionando los laríngeos superiores. Si este último resultado no es constante, es porque la vía laríngea centípreta es múltiple y todavía imperfectamente conocida en todos sus detalles.

Después de todas estas consideraciones, es de todo punto imposible aceptar las conclusiones de Krausse para los trastornos bilaterales de orígen nervioso unilateral; y, si he entendido bien su texto, justamente la última série de experimentos encierra en sí un argumento formidable en contra de la interpretación definitiva que deriva de ella. De los trece casos operados, en nueve la posición activa de las cuerdas fué bilateral. Este resultado aduce forzosamente la ingerencia de algún elemento centrípeto, pues, aún invocando para su explicación la teoría de los movimientos sinérgicos anormales de Hitzig, como lo hace el autor, ésta se reduce en último término, á considerarlos como la expresión exajerada de lo que acontece en el estado normal, y tendríamos que admitir, como condición *sine qua non* preexistente, un estado de exaltación de los centros basales, que en la espécie tendría que proceder de la irritación periférica; pero esta comparación no es precisamente exacta, porque los movimientos anormales coasociados, á que alude la teoría de Hitzig, son intermitentes y se observan generalmente bajo la influencia de actos voluntarios.

En definitiva, la prueba crucial de su teoría la encuentra Krausse en el hecho de que, una vez seccionado el nérvio, si se comprime su extremidad periférica, sucedió que «siempre que el experimento fué fructuoso, se reproducían, sin divergencia alguna, los mismos resultados que los ya descritos; esto es, logramos provocar, en igualdad de tiempo y de condiciones, la adducción permanente de la cuerda vocal interesada.» De estas palabras, textuales, se desprende que los resultados no fueron exáctamente tan constantes, por una parte y, por la otra, que los fenómenos motrices se limitaron exclusivamente á la cuerda vocal interesada; hechos éstos que, además de ser algo restringidos, no prueban sino la presencia de una excitabilidad exagerada en la extremidad periférica del nérvio. Si bien este experimento hace admitir las contracciones laríngeas de corta duración, provocadas por la vía centrífuga directa, no encierra de ningún modo la prueba necesaria de que el delicado proceso neurítico, que se ha podido entretener en el perro durante horas, á lo sumo cinco días, sea viable en patología humana durante meses, años, décadas aún, en ese abzoluto equilibrio de excitabilidad, que debe despertar un determinado grado de compresión, sin que ésta varíe en intensidad, sin que el nérvio se

agote, ó sin que las alteraciones histológicas progresen hasta anular el elemento esencialmente conductor.

Semejante evolución del trabajo patológico en cuestión, hasta un límite matemáticamente preciso, bajo influencias mecánicas, necesariamente muy variables en todas sus fases y que, sin embargo, en un momento dado, con una frecuencia ya común, asuma una estabilidad imperturbable, dentro de los distintos factores que rodean á semejantes lesiones, es un estado patológico extraordinario é incomprensible. Es más lógico, juzgando por una abrumadora analogía, buscar en el fondo de situaciones tan permanentes, un orígen de órden paralítico. Krausse se anticipa á esta clase de objeciones, y, para satisfacerlas, invoca la larga duración de las contracturas activas en otras regiones del cuerpo; pero á las que se alude son de orígen central, y se olvida, á lo que parece, al referirse á ellas, que en su experimento precitado, secciona el recurrente, lo excita, y, por la identidad de efectos sobre la motilidad laríngea, ántes y después de la sección, deduce que la contractura es directamente periférica.

Ahora, señores, pasemos al terreno de la clínica, complemento de todas nuestras investigaciones. Uno de los hechos de la experiencia de otros y de la mia propia, que más me ha inclinado al estudio de este problema, es que la observación de dos tipos bien analizados, ofrecen caractéres distintivos notables.

En el uno se observa la más profunda perturbación de todos los atributos funcionales de los músculos laríngeos: respiración y fonación impedidas.

En el otro, los trastornos respiratorios dominan la escena. En ámbos casos, las cuerdas ocupan la posición media, ya por lesión única, ya por lesión bilateral de los laríngeos inferiores. En el primer grupo se observan las cuerdas gruesas, flácidas y pasivas ante la colúmna de aire respirado; en el segundo, éstas se presentan tersas, lisas, con borde agudo, y no oscilan pasivamente durante la respiración. En los casos de posición media unilaterales, la analogía es idéntica, sólo que la integridad de una de las cuerdas asegura la capacidad respiratoria de la glótis; pero bajo el punto de vista de la fonación, también se presentan á la observación dos formas clínicas que, en un caso, se caracterizan por una disfonía franca, y en el otro por la conservación de la voz, ó bien la alteración consiste en una elevación de la tonalidad.

En la primera forma, el laringoscópio revela una cuerda en la posición fonética permanente, larga y desprovista de las condiciones requeridas para vibrar al unísono con su congénere. La disfonía es bitonal, discordante en sumo grado. En la segunda categoría, á pesar de ocupar igualmente la posición media de una manera permanente, se revela á la inspección, lisa, brillante, firme, y su aparato muscular no

ha perdido sus aptitudes de sostenerla ventajosamente durante las vibraciones que le imprimen los esfuerzos de vocalización, y, si su tensión, á veces exajerada, es variable en límites demasiado estrechos para adaptarse funcionalmente á la cuerda libre, esta última se adapta á ella y la tonalidad de la nota emitida podría ser muy alta, pero es perfectamente clara y sonora.

Miéntras escribo estas líneas, tengo bajo mi observación un ejemplo típico de esta última forma. Se trata de un indivíduo de 54 años de edad, antíguo sifilítico, con accesos de dolor precordial que datan de ocho meses. Ultimamente ha venido notando que su voz se altera, adquiriendo los caractéres de un falsete agudo.

Exámen laringoscópio: cuerda vocal izquierda inmóvil, en posición media, tersa, lisa, blanca y brillante, borde agudo. Cuerda vocal derecha absolutamente libre y acordándose con su congénere para producir un sonido alto y claro. En el tórax existen signos de un tumor mediastínico.

Hace 18 meses pude someter á la observación del Dr. Antonio D. Albertini un caso análogo.

En esta categoría de casos se trata de fenómenos de excitación con predominio de los constrictores, y el orígen reflejo es incuestionable, por las razones expuestas, cuando los trastornos de la motilidad son bilaterales por lesión periférica única. La universalidad de la excitación permite las coordinaciones musculares fonéticas. Cuando los trastornos son unilaterales, la adaptación funcional de la cuerda libre, sin esfuerzo consciente alguno, es, en harmonía con las ideas de Hitzig, un fenómeno dinámico de perfecta coasociación muscular anómala, preparado por un estado de exaltación de los centros sinérgicos bulbo-fonógenos; exaltación que en estas circunstancias es fácil comprender que es de orígen periférico. Esta forma es rara, interrumpida en su marcha por tréguas en que la motilidad se establece, y si la perturbación motríz es unilateral, de relativa corta duración, es la única susceptible de la interpretación de Krausse de la contractura activa directa.

En lo que concierne al grupo, muy numeroso ya, en el que una ó ámbas cuerdas vocales ocupan la posición media, pasivas, etc., é incapaces de emitir sonido sonoro alguno, estos signos son, como más adelante veremos, los de un estado paralítico, y, en su consecuencia, excluyen por completo la teoría de la contractura activa. Hé aquí dos observaciones típicas.

Srita. X, de Matánzas. Antecedentes tuberculosos; 18 años de edad. En el 87 solicitó los servicios del Dr. Font para una disfonía muy acentuada, sensación de cosquillas en la laringe y alguna tos. Cuatro meses después, insuficiencia respiratoria laríngea, muerte inminente. Se practica la traqueotomía y se conjuran los accidentes.

En Octubre del 88 vemos la enferma con el Dr. Echarte y encontramos:

Estado general, aparentemente bueno. Voz, nula. Exámen laringoscópico: cuerdas en oposición media, separadas escasamente por dos milímetros. Ausencia total de todo movimiento de abducción. Obturando la cánula, las cuerdas oscilan pasivamente ante la columna de aire respiratorio.

En el tórax: signos físicos de adenopatía tráqueo-bronquial. Compresión del brónquio izquierdo, silencio respiratorio en el pulmón corresqondiente. Respiración supletoria en el derecho.

Tratamiento apropiado.

El 8 de Enero del 89, reaparición de la voz. Vemos á la enferma, reunidos con los Dres. San Martín y Sánchez Toledo, y encontramos:

Respiración posible con la cánula obturada y el aire penetra ámpliamente en el pulmón izquierdo. Aspecto laríngeo: irreprochable. Algunos días después se suprime la cánula, se obtura la herida traqueal, y, hasta esta fecha, sin accidente alguno. A fines del 88 me consultó un indivíduo de 58 años de edad para una disfonía que hacía rápidos progresos. Tos y espectoracicn sanguinolenta.

Exámen laringoscópico: cuerdas fláccidas y con tendencias á permanecer en la línea media.

Exámen del tórax: tumor mediastínico. Sus fenómenos laríngeos progresan; cuerdas completamente pasivas. Se rehusa toda intervención quirúrgica y cinco días después de la primera consulta muere por asfíxia.

Autópsia practicada con el auxilio del Dr. Emilio Martínez: Tumor mediastínico que había ulcerado el bronquío izquierdo y envolvía el recurrente izquierdo.

Al exámen histológico encontramos los músculos laríngeos normales. El recurrente era el sitio de un proceso neurítico. Recurrente derecho, sin alteración alguna.

En estas observaciones es evidente que el trastorno laríngeo era de orígen reflejo, por lesión de un solo recurrente. Si en el primer caso, el recurrente derecho hubiese estado igualmente implicado, se hacía necesario, para la desaparición brusca de los fenómenos, que las lesiones hubiesen retrocedido exactamente en igual grado de ámbos lados, lo que es inverosímil.

En cuanto al segundo, una cuidadosa autópsia pone la cuestión fuera de dudas.

Si el mecanismo de la oclusión glótica hubiese sido en estos ejemplos los de una contractura activa, por predominio de los contrictores, es lógico admitir, siendo uniforme para todos los músculos la incitación anormal, que las cuerdas debían, no solamente ocupar la posición

media, sino también revelarse lisas y tersas, ofrecer mayor resistencia á la colúmna de aire, por efecto de la acción exajerada de los tensores. Por otra parte, la voz no debía presentar tan completa extinción si los fonadores hubiesen participado de la exaltación general.

Todo esto parécenos incontestable.

Ahora bien; los centros bulbares de los nérvios aferentes á los músculos constrictores están bajo la dependencia de centros de una jerarquía, gradualmente superior, que los colocan en último término, en relaciones fisiológicas estrechas con fuerzas que evolúan en regiones de las más elevadas del cerebro, y de aquí que este grupo muscular represente en sus funciones la más alta categoría de los fenómenos de la vida de relación. Su función no es normal, ni aún completa, sino cuando se desenvuelve bajo inpulsos adecuados de la actividad psíquica; pero si su motilidad se desencadena bajo otras influencias, éstas le imprimen una índole anómala, más ó ménos automática, y la resultante es entónces un hecho relativamente bruto, sin un fin fisiológico intencional y preciso. La función fonética, para ser alterada, necesita la ingerencia de agentes excepcionales que determinen en sus centros inferiores ó subcorticales, desórdenes dinámicos, ya por adición de fuerzas, ya por sustracción de otras, capaces de perturbar la influencia refrenadora directríz que sobre ellas ejercen centros más elevados, ó bien desintegraciones de estas últimas, tales, que queden los centros fonógenos basales á la merced de influencias absolutamente capaces de regir sus actividades y que, en el estado normal, serían aún insuficientes para tan sólo despertarlas..

Por estas condiciones elevadas de organización, los constrictores son ménos vulnerables que los dilatadores.

Estos, por el contrario, dependen de centros esencialmente automáticos, de una actividad que no cesa jamás del todo, puesto que, ni durante las pausas respiratorias, pierden su preponderancia sobre la tonicidad refleja de los constrictores. Esta actividad funcional se compone de una série de actos reflejos, sin que, en condiciones ordinarias, participe en nada la volición. Por otra parte, toda función automática es relativamente elemental, y su equivalente somático ménos complejo que el de las funciones bajo el imperio de la vida psíquica. De aquí que sean más autónomas fisiológica y anatómicamente; pero esta misura les crea una exquisita instabilidad ante agentes irritativos ó destructivos de su propio substractum anatómico. Ellas son de las más aptas en perder su equilibrio dinámico, porque las transformaciones de fuerzas que ordinariamente tienen lugar en sus centros se encuentran subordinadas, sin interferencias acentuadas de centros superiores, al orígen, intensidad, calidad, extensión, duración, etc., de las impresiones de orígen periférico. Aeidenhaun ha encontrado, ex-

perimentalmente, que las funciones incesantes son las más fáciles de inhibir. Este hecho tiene para nosotros una explicación aceptable en la circunstancia de que, por depender en absoluto dichas funciones de incitaciones periféricas, poseen una impresionabilidad acentuadísima, adquirida filogénicamente, ante todo estímulo de órden centrípeto, y carecer, además, de asociaciones preexistentes con otras esferas de acción, que les aseguren susflexiones funcionales.

Durante la respiración normal, los dilatadores predominan siempre sobre los constrictores sin ceder en predominio, ni durante la espiración, puesto que nunca asumen las cuerdas, en condiciones fisiológicas, la posición cadavérica; miéntras que los constrictores están abandonados á su tonacidad, si un impulso psico-motríz no solicita sus centros basales.

Desde luego que es evidente, por lo que tienen de esencialmente respiratorias las contracciones incesantes de los dilatadores, que esta fase de la función laríngea es de exclusivo órden reflejo, partiendo la incitación provocadora de ciertas expansiones del pnéumo-gástrico, como lo han demostrado para el acto respiratorio en general, Troube, Bernard, Eckhard, Budge, y con más precisión Rosenthal, Bert, Schiff, Arloing, Tripier, etc.

Si estas premisas encierran todo el valor que es de concedérseles, por el orígen que toma en la más severa fisiología experimental, es de concedérseles también una importante trascendencia en el terreno patológico; y, partiendo de estos datos, paréceme ineludible atribuir á las lesiones irritativas periféricas de este sistema diastáltico mayor influencia en un sentido centrípeto de lo que hasta aquí nadie ha hecho en el estudio de los trastornos de la motilidad laríngea, particularmente bajo el punto de vista de la inhibición. Después de los trabajos de los hermanos Weber y de Ekhard, Troube, Bernard, Budge, Gflisger, Brown Sequard, etc., el fenómeno de *cesación de acción nerviosa*, por el mecanismo de irritaciones á distancia, sin alteración orgánica en el centro inhibido, es ya un factor tan preponderante y general, en las acciones y reacciones de fuerzas nerviosas, que es imposible completar, sin su ámplio concurso, el conjunto de datos que deben guiarnos en el estudio de todo problema de patología nerviosa.

Los desórdenes musculares que estudiamos son complejos y se revelan en dos sentidos diametralmente opuestos: 1º, preponderancia de los adductores, puesto que las cuerdas se encuentran en la línea media; y 2º, importancia de los tensores, al extremo de no ser posible ni la emisión de la nota laríngea fundamental, lo que representa el mínimum posible de tensión, ni oscilación harmónica alguna, si se solicita con la suma mayor de esfuerzos.

Tales resultados no pueden ser dependientes de la simple adduc-

ción de las cuerdas, puesto que esta posición es la primera etapa en el mecanismo de la fonación, y ,por otra parte, ya hemos visto estados, igualmente patológicos, en los que predomina el mismo elemento, con conservación ó exaltación de la voz. Tampoco existen datos de ninguna clase para suponer que factores disociados, múltiples, proceden del sitio de la lesión nerviosa periférica para crear independiendientemente cada uno de los elementos descritos, que en su agregación constituyen tan singular síndrome. Es necesario concebir la solución del problema, atendiendo á la solidaridad fisiológica del órgano, en el sentido de la existencia de un conjunto de trastornos musculares, en la más estrecha filiación entre sí, referibles en su primer término á una perturbación dinámica inicial, provocada por la lesión nerviosa.

Bajo este punto de vista, no existe en la parte periférica del aparato vocal, como ya lo hemos visto, hecho estructural alguno, que se pueda invocar, para descifrar la primera deficiencia que rige el órden social en que se desarrollan los fenómenos. Pero, si nos volvemos á las fuentes de influjo nervioso, allí se encuentran contrastes, muy dignos de atención, que ya hemos estudiado.

La plena solución del problema reside en esa escasa resistencia de los centros respiratorios laríngeos, ante influencias centrípetas, particularmente efectivas en el pnéumo-gástrico izquierdo, según Tripier, y que reside también en los recurrentes, según los experimentos de Burkart, las que crean, por inhibición, la parálisis de los crico-aritenóides posteriores.

Una de las bases fundamentales de este concepto es que, persistiendo íntegro el resto de la musculatura laríngea, como se admite universalmente, la contractilidad del grupo tensor no se hace efectiva sobre las cuerdas por la ausencia únicamente del antagonismo coordinador que les sustrae la insuficiencia de los dilatadores. Desde la protesta de Winslow y las brillantes demostraciones de Duchenne de Boulogne, se sabe que toda acción muscular fisiológica no es el objeto directo de determinados grupos musculares, sino la resultante de asociaciones musculares opuestas. La deficiencia de los dilatadores, pues, permite una rotación exagerada hácia dentro de los cartílagos aritenóideos por la acción no contrastada de los adductores, y, aún más, un desligamiento hácia adelante de los mismos cartílagos por el doble mecanismo de la contracción de los tensores transversales y la retropulsión del cricóides, en el sentido que yo la he descrito, no pudiendo los dilatadores paralíticos sostener sólidamente fijos á los aritenóides sobre el borde superior del cricóides.

En estas condiciones los adductores preponderan aisladamente, y, á pesar de la posición fonética de las cuerdas, se comprende que toda emisión de voz sonora es absolutamente imposible.

En cuanto á los casos ya citados de Riegel y sus análogos, en los que existe una degeneración neuro-muscular sistematizada, nada dicen en oposición á la patogénia que hemos expuesto, pues entre los atributos más frecuentes de los fenómenos de inhibición, se observan trastornos muy acentuados de la influencia trófica central. Erb admite tales desórdenes por causas centrales de un órden puramente dinámico, y la distrófia de la musculatura del muslo, consecutiva á las lesiones irritativas de la articulación tibio-femoral, es un fenómeno trófico reflejo bien estudiado por Charcot y sus discípulos.

En definitiva, señores, la vulnerabilidad de los músculos dilatadores de la glótis, ante lesiones periféricas de los recurrentes, existen, y es de doble orígen.

1º Si la lesión exalta la irritabilidad del segmento nervioso, dependen en este caso de insuficiencia de los dilatadores, de la acción preponderante por su múmero, del grupo de los constrictores.

2º Si la lesión nerviosa, por su sitio ú otra circunstancia, ejerce una influencia centrípeta, los dilatadores pierden entónces su motilidad automática por la instabilidad dinámica, inherente á sus centros bulbares, y se suceden los fenómenos que hemos estudiado.

El Sr. Presidente somete á discusión el anterior trabajo.

El Dr. Semprún, pide la palabra y refiere un caso de *bócio quístico telengiectásico*, en el cual se practicó la operación con el ecrasseur de Chassaignac y, durante cuya operación, hubo momentos de verdaderos temores y alarma grande para el operador y los asistentes por el tremendo dolor que determinaba la constricción de la cadena y las inspiraciones tetánicas que se manifestaron, obligando á suspender la operación, dejando en plaza la cadena estranguladora. Afirma que el recurrente fué interesado en la compresión. A los pocos días cayó el pedículo y el enfermo quedó afónico.

El exámen laringoscópico, prosigue el Dr. Semprún, demostró una parálisis muscular sin atrófia; y con este motivo pregunta al Dr. Desvernine su opinión sobre la analogía de este caso con los que refiere en su trabajo y sobre sino sería por acción inhibitoria.

El Dr. Desvernine interroga á su comunicante si el tumor tenía adherencias á los recurrentes, y, después de habérsele respondido que las había al lado izquierdo, opina que se trataba de una parálisis refleja, ya por las fibras propias del recurrente, ya por la rama comunicante del laríngeo inferior.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Belot para leer su trabajo

La hidroterápia en la anémia.

Por el Dr. T. Belot.

Los interesantes trabajos del Dr. Thermes, presentados en el año de 1877 á la Sociedad Hidrológica de París, acerca de la importante benéfica acción de la hidroterápia sobre la constitución de la sangre, consistente en el aumento de los hemáties, han probado la utilidad de este tratamiento en la Academia. Sin necesidad de medicaciones internas, que con frecuencia las contraindican los trastornos gástricos que producen; la hidroterápia por sí sóla basta para modificar el estado anémico, devolviendo al enfermo la salud y las fuerzas. La acción es lenta, seguramente, pero comparada con la del tratamiento usual interno, no titubeamos en decir que aquella produce efectos infinitamente más rápidos y eficaces. Confirmamos aquí lo que todos los hidrópatas han escrito sobre este particular en otros países.

Tal es la seguridad en el favorable resultado de este medio terapéutico, que la tardanza en el alivio sirve de elemento diagnóstico de enfermedades orgánicas ocultas..

El Dr. Delmas, director del establecimiento hidroterápico de Longchamp en Burdeos, cita en su obra tres casos de cáncer del estómago, diagnosticados y corroborados por el resultado final.

Como elemento diagnóstico tiene tambien su importacia para esos casos de anémia descrita por el profesor Potain, la *anémia pletórica*. La gran semejanza de síntomas que presentan la anémia y la hiperémia cerebral entraña dificultades para el diagnóstico de ámbas, lo cual es esencial. Prontamente nos saca de duda la hidroterápia. En nuestra práctica hemos tenido ocasion de probar la eficacia de la técnica hidráulica en estos casos, para desde luego saber a qué atenernos sobre un diagnóstico que más de una vez hemos rectificado.

No hay tratamiento interno que produzca tan rápido alivio en los fenómenos cerebrales y nerviosos de los anémicos. Este alivio, además de ser inmediato, es duradero y las siguientes observaciones comprueban nuestra aserción. En los casos que cito se ha acudido á la hidroterápia después de agotados todos los demás recursos.

Las aplicaciones hidráticas que empleamos son calientes, templadas ó frías, según el estado del enfermo y los fenómenos que se presentan en el transcurso del tratamiento. Siempre evitamos, al principiar, choques fuertes, sobre todo cuando hay sobrexitación nerviosa, siendo las primeras aplicaciones esploradoras ó preparatorias. Conocida ya la suceptibilidad hidrática del enfermo, entramos de lleno en el tratamiento empleando la técnica más apropiada. Esta es distinta de

la que generalmente se usa. Nuestra práctica nos ha demostrado la necesidad de insistir en aplicaciones de fuerte presión en todo el cuerpo, pero especialmente en el arco superior, la región cefálica. Sin temor alguno aplicamos esa ducha de fuerte presión que proporciona al enfermo un bienestar *inmediato*, haciendo desaparecer en el acto mareos y vértigos. Volverán éstos al cabo de algún tiempo más ó ménos largo, pero con la continuación diaria de estas aplicaciones, en muy pocos días desaparecen completamente. En esto nos apartamos de la regla general que indican los tratados clásicos y empleamos una técnica diametralmente opuesta, cuyo buen resultado está sancionado por nuestra práctica diaria.

El empleo de este procedimiento no carece de peligro en determinados casos y su manipulación requiere tacto y prudencia. Sólo los anémicos con fenómenos cerebrales son sometidos á esta técnica cuya descripción es la siguiente:

Ducha de chorro, mitigada, de fuerte presión sobre la espalda, los hombros y los brazos estendidos; duración de diez á quince segundos. Igual duración que la anterior. Este procedimiento se repite por cuatro ó cinco días seguidos, y entónces añadimos además la ducha *filiforme* con presión de dos atmósferas, dirigiéndola por cinco ó seis segundos á la región cervical, occipital, apófisis mastóides y orejas para pasar en seguida á la región frontal, préviamente cubiertos los ojos. La aplicación frontal, *más corta*, de dos ó tres segundos solamente, por sacudidas, no siendo posible al enfermo resistirla seguida. Para concluir la sesión, una ducha de lluvia de fuerte presión y de un segundo. Como se comprenderá, esta aplicación es sumamente enérgica. Produce rubefacción instantánea de la piel en la región duchada, dolor superficial intenso durante la aplicación y calor en la región, aturdimiento por algunos segundos, seguido inmediatamente de una sensación de bienestar en el cerebro, que sorprende al enfermo, y desaparición de los mareos.

Cuando el enfermo cesa de sentir mareos es prudente no seguir con ésta técnica, y sólo las aplicaciones generales usuales estarán indicadas. Siempre hemos empleado el agua á la temperatura natural.

El estado de debilidad y de estenuación del enfermo no constituye contra-indicación.

Para comprobar la eficacia de éste método, que no veo mencionado en ningún tratado, presento las siguientes observaciones de indivíduos pertenecientes á la clientela de distinguidos facultativos de ésta ciudad y que me han sido dirigidos para someterlos á la hidroterápia. Como mejor prueba, presento casos de anémia producida por distintas entidades patológicas. La observación Nº 1 tiene la particularidad de haber sido sometido el indivíduo, en primer lugar, al

tratamiento interno usual, después al tratamiento hidroterápico, según la fórmula clásica y como adyuvante del tratamiento interno, y, últimamente, el tratamiento hidroterápico esclusivo, con la nueva aplicación, produciendo ésto inmediato alivio.

Observación Nº 1.—Dª F. A. Anémia producida por abusos genéricos y pérdidas. Clienta del Dr. V. B. Valdés.

De 29 años; aspecto anémico. Se queja de cefalálgias diarias, mareos, vértigos, pérdida de memoria, dificultad para el trabajo mental, no puede fijar su atención, ni la vista, sin la aparición de llamas de fuego y moscas (según su propia expresión): imposibilidad de mantener la actitud vertical, se alivia en la posición horizontal; insómnio, melancolía, anoréxia, la conversación le causa mareo.

Siguió un tratamiento adecuado interno, bajo la dirección de vários facultativos durante los dos años que padece y últimamente se puso en manos del Dr. Vicente B. Valdés. Después de dos meses de asistencia le aconseja éste la hidroterápia y me lo recomienda en principio de 1888, en Marzo. Empieza desde luego las aplicaciones hidriáticas bajo mi personal dirección y las recibe principalmente en el arco inferior, evitando cuidadosamente la región superior, sobre todo la cefálica, que está cubierta con una tohalla doblada, para no recibir la lluvia directamente sobre la cabeza, (fórmula clásica). El enfermo sigue, á la vez, con el tratamiento interno, bajo la dirección del Dr. Valdés. Cinco semanas estuvo este señor usando la hidroterápia y no encontrando alivio alguno se despidió. El 17 de Octubre de 1888 vuelve á presentarse en el establecimiento con todos los síntomas anteriores muy agravados.

Ha tenido que cesar en su ocupación de tenedor de libros por los trastornos cerebrales que le produce este trabajo. Ha desistido de todo tratamiento interno por creerlo ineficáz.

Octubre 17.—Primera sesión hidroterápica. Ducha general tónica y escitante, insistiendo en el arco superior, los brazos, los hombros. parte anterior y posterior. Ducha filiforme región cérvical, occipital, y frontal. A la conclusión, lluvia fuerte de un segundo sobre la cabeza. Efecto inmediato: aturdimiento por un momento sumamente corto, seguido de sensasión de bienestar general y el cerebro ligero.

Octubre 26.—Los fenómenos cerebrales han disminuído notablemente. Puede leer y escribir con ménos molestia, duerme mucho mejor, el apetito aparece. Sigue la misma aplicación hidriática.

Noviembre 1º—Ya principia á atender á su carpeta. Todo su estado general muy mejorado. Los síntomas cerebrales casi han desaparecido. Los fenómenos visuales han mejorado mucho, dice que las llamas han desaparecido pero le molestan las moscas que se presentan en la vista dodavía. Apetito y sueño mejorado. Sigue la misma aplicación.

Noviembre 15.—Sigue la mejoría muy rápida. Sueño y apetito natural. Buena disposición de ánimo. De vez en cuando algún pequeño mareo.

Diciembre 8.—Dejó de asistir durante quince días por un fuerte catarro febril. Hoy se presenta en el mismo estado que estaba el 15 de Noviembre. Vuelve á recibir las mismas aplicaciones.

Enero 15.—Hoy se despide. Se siente enteramente bien.

Observación Nº 3.—Srita. J. H. Padece de anémia; dismenorrea, producida por método de vida anti-higiénico. Dirigida por el Dr. P. Pagés, y recomendada para la hidroterápia.

Se queja de un gran peso en el cerebro (región occipital) que le obliga á tener la cabeza inclinada hácia atrás. Necesita apoyar la cabeza contra algo por no poder tenerla en posición recta algún tiempo. Frecuentes mareos, aumentados por cualquier ocupación mental, como leer, escribir, conversar, que también ocasionan cefalálgia y trastornos visuales. Las cefalálgias casi constantes. Insómnio, melancolía, irritabilidad del carácter. Gran pereza para ocuparse y moverse. Anoréxia.

Octubre 30 *de* 1889.—Principia hoy el tratamiento, aplicaciones generales y la local occipital. La ducha general fría con toda presión en todo el arco superior y la local á la región cervical y occipital. Después de esta sesión siente la cabeza ligera y bienestar general.

Noviembre 2.—Ha seguido el mismo método. Carácter alegre; mareos más flojos, ménos frecuentes, sueño mejor. Reaparece el apetito.

Noviembre 5.—Mareos, cefalálgias y demás fenómenos cerebrales han desaparecido. Buen apetito, sueño bueno.

Noviembre 10.—Todos los fenómenos nerviosos han desaparecido. Cesa la aplicación local.

Diciembre 1º—Pasó su período catamenial sin trastornos de ninguna clase. Han vuelto hoy mareos muy ligeros, vuelve á cansar el cerebro la lectura. Aplicación general fría.

Diciembre 3.—Siguen mareos, peso en el cerebro cuando leé. Aplicación general arco superior y local occipital.

Diciembre 4.—Después de la ducha de ayer se sintió mejor de la cabeza y no se presentaron los mareos en todo el día. Sigue la misma aplicación.

Diciembre 6.—No siente molestia alguna en el cerebro. Lée en voz alta una hora seguida sin notar molestia.

Diciembre 8.—Sigue muy bien. Al iniciar el tratamiento hidroterápia, cesó el Dr. P. Pagés todo tratamiento interno.

Observación Nº 3.—Sra. J. P. de B. Anémia por metrorrágia. Cliente del Dr. A. D. Albertini.

Hace pocas semanas tuvo un parto laborioso, seguido de metrorrá-

gias graves. Queda estenuada y profundamente anémica. Adelanta poco con el tratamiento interno y le aconseja el Dr. Albertini que se someta á la hidroterápia, á lo que accede con mucha repugnancia.

El día 3 de Octubre de 1889 se presenta en el Establecimiento. ,Entra muy lentamente y sostenida por dos personas. Sumamente pá-ida y débil, dice que tiene mareos y vértigos constantes, una cefalálgia que no cesa. No puede fijar su atención en nada, le fatiga la conversación. La lectura imposible. Se le vá la vista. Tiene diplopía y estrabismo. Unas llamitas de todas clases constantes le molestan la vista. No puede estar en estación vertical, ni sentada algún tiempo sin sentir mareos fuertes y vértigos que la obligan á tomar el decúbito horizontal. Anoréxia completa. Sueño malo.

Octubre 3.—Las primeras aplicaciones se administran con todas las precauciones que requiere su estado delicado. Se siente mejor y más animada después de la ducha, que tomó con mucho recelo.

Octubre 4.—Aplicación tónica escitante al arco superior, insistiendo en los hombros, región occipital.

Octubre 6.—Fenómenos cerebrales muy mejorados. Mareos mucho ménos pronunciados. Ya anda sin auxilio de otra persona.

Octubre 10.--Estrabismo casi desaparecido. Diplopía ménos. Anda dos cuadras sin tener tanto mareo. La conversación más fácii. La cefalálgia ha desaparecido. Apetito bueno. Sigue la misma técnica.

Octubre 15.—El estrabismo ha desaparecido completamente. La diplopía apénas existe. Los mareos aparecen sólo si se ocupa en leer. Dá sus paseos con facilidad.

Octubre 18,—Aparece el ménstruo y se suspende el tratamiento.

Octubre 29.—Vuelve hoy con mareos contínuos y los mlsmos fenómenos cerebrales anteriores, ménos intensos. Técnica: aplicación tónica escitante al arco superior, ducha local occipital y lluvia fuerte.

Noviembre 2.—Se siente mucho mejor. Sigue la misma técnica.

Noviembre 4.—Aparece ligera metrorrágia. Siguen las aplicaciones hidriáticas.

Noviembre 6.—Desapareció la metrorrágia con las duchas. Los mareos y demás síntomas cerebrales han desaparecido. Persisten las llamas de distintos colores en la vista.

Noviembre 9.—Aparece el período catamenial.

Noviembre 22.—Hoy vuelve al tratamiento, muy dispuesta. Estado general muy satisfactorio. Da largos paseos y se siente bien.

Desde el 24 de Noviembre ha dejado el tratamiento contra la opinión de los facultativos.

Observación Nº 4,—S. P. G. L. Anémia cérebro-espinal. Dr. F. Zayas.

Este señor, cliente del Dr. D. Francisco Zayas, se presenta á este

Establecimiento para someterse á la hidroterápia, recomendada por dicho doctor. La relación que me hace es la siguiente:

En 1886 tuvo un desmayo, seguido de parálisis de ámbas piernas, de lo cual se repuso en poco tiempo. Se repitió este fenómeno várias veces en distintos intérvalos. Más tarde empezó á notar pérdida de memoria, diversos fenómenos extraños de la visión, zumbidos en los oídos, imposibilidad de fijar la atención, lectura imposible, conversación difícil, mareos, vértigos que le imposibilitan la estación vertical, insómnio de noche y soñolencia constante de día, torpeza de la lengua bastante pronunciada, anoréxia, gran debilidad de las piernas, acompañada de hormigueo en las manos y los piés. Necesita el apoyo de su hijo para moverse.

Febrero 10 *de* 1888.—Con mucho temor vá al baño. Se le hace una aplicación preparatoria con las precauciones que exige su estado delicado. A la conclusión sale muy animado.

Febrero 12.—Tercera sesión hoy: empiezan las aplicaciones tónicas escitantes generales, insistiendo en el arco superior, además la filiforme occipital y frontal, concluyendo con una lluvia fuerte sumamente corta.

Febrero 13.—Después de la aplicación ayer sintió el cerebro más ligero, más despejado, pasó el día con ménos mareos, pudo dormir, despertándose nueve veces, miéntras en las noches anteriores quedaba enteramente desvelado.

Febrero 14.—Durmió toda la noche y empieza el apetito. Los mareos han disminuído considerablemente, el ánimo dispuesto, fija mejor la vista, conversa con ménos dificultad, lengua ménos torpe, ménos soñolencia de día.

Febrero 15 *y* 16.—Retroceso en estos dos días en todos los síntomas y temió venir al Establecimiento.

Febrero 17.—Hoy lo trae el hijo contra la vuluntad del enfermo. Se somete á la misma fórmula.

Febrero 18.—Alivio general después de la aplicación de ayer. Sigue la misma fórmula.

Febrero 20.—La mejoría sigue muy rápida en todos los síntomas. Puede seguir una conversación sin sentir fatiga, leé y escribe algún rato sin cansancio. Anda ocho cuadras sin molestia alguna y sin ayuda. Apetito y sueño natural.

Febrero 29.—Salió ayer al campo y anduvo á caballo un espacio de seis leguas sin molestia. Antes la equitación producía vértigos intensos. Viene á pié desde Paula hasta el Establecimiento.

Marzo 4.—Ya puede atender á su bufete, lo que no podía efectuar desde hace dos años. Apenas siente fenómenos cerebrales y sólo cuando se escede en el trabajo mental.

Abril 3.—Se siente muy bien.

Abril 20.—Se despide bueno.

Observación Nº 5.—D. J. M. Anémia por abusos genésicos.

De 23 años, soltero. Padeció de fiébres palúdeas hace años.

En el año de 1886 empezó á notar frecuentes pérdidas seminales. Desatendió su estado, que fué agravándose considerablemente, presentándose síntomas cerebrales. Tuvo un síncope que duró dos horas y quedó más tarde en estado cataléptico durante trece días consecutivos. Desde aquella época se repitieron de vez en cuando los síncopes, agravándose su estado y aparecieron diversos fenómenos cerebrales. Agotó todos los medios de curación en el campo y vino á la Habana mandado por su señor padre, médico.

Presenta hoy los síntomas siguientes: palidéz. fisonomía triste, debilidad general. Tiene mareós constantes, vértigos que hacen la locomoción lenta y difícil, gran peso en el cerebro, pérdida de memoria, soñolencia constante de dia, insómnio pertináz de noche, pudiendo á duras penas conseguir algún sueño con los narcóticos, imposibilidad de fijar la atención, conversación dificultosa, lectura imposible, hipocondría, trastornos visuales. Apetito nulo. Erección nula. Pérdidas inconscientes diurnas y nocturnas á la defecación y micción.

Noviembre 10.—Empieza hoy el tratamiento. Medicación hidriática, tónica reconstituyente. Aplicaciones generales frías, y locales á la región del plexus sacro, las ingles. La ducha filiforme á la región occipital, cervical y frontal. Ninguna medicación interna.

Noviembre 14.—Duerme toda la noche sin necesidad de narcóticos. Mareos y trastornos visuales menores. Recupera el apetito. Se siente más animado; la hipocondría desaparece. Las erecciones se presentan de madrugada; (desde hace un año no las tenía). Sigue la misma fórmula hidriática.

Noviembre 18.—Mejoría de todo su estado. Los mareos han desaparecido y también los demás fenómenos cerebrales. Animo muy dispuesto. Las pérdidas han disminuido considerablemente. Apetito bueno.

Noviembre 22.—Estos días, desde el 18, interrumpió el tratamiento por un fuerte catarro febril. Vuelve hoy. Sigue la misma fórmula.

Noviembre 26.—Dice que se siente del todo bien y así lo demuestra su semblante. Dice que no nota pérdida alguna. Erección natural como no las tenía desde hace tres años.

El día 28 sale al campo, por considerarse bueno.

Diciembre 2.—Vuelve á hacerme una visita, dándole yo de alta.

Observación Nº 6.—D. T. R. Espermatorrea.

Hace tres años que empezó á notar las erecciones débiles y dificultad del cóito. Antes ya venía padeciendo de pérdidas durante la

defecación y micción. Fué empeorando su estado y se presentaron los fenómenos cerebrales. Consulta al Dr. Estrada y se somete á un tratamiento por espacio de algunos meses, al cabo de los cuales no consigue alivio y vá á la Península, donde permanece unos seis meses sin conseguir el estado apetecido. Vuelve á Cuba agravado.

Noviembre 11 *de* 1889.—Se presenta en este Establecimiento para someterse á la hidroterápia.

Aspecto anémico y debilidad general muy pronunciada. Se queja de constantes mareos y vértigos, temiendo caer á cada momento, pérdida de la memoria, insómnio de noche, constante soñolencia de día, vista turbia y que no puede fijar, zumbidos constantes en los oídos y sordera á ratos; gran dificultad para atender á sus negocios. Pérdidas inconscientes diúrnas y á la defecación y micción. Erección nula.

Indicación: medicación hidroterápica tónica reconstituyente. Aplicación general fría insistiendo en el arco superior. Ducha filiforme á la región cervical, occipital y frontal y lluvia.

Noviembre 20.—Todos los fenómenoe cerebrales han mejorado considerablemente. Buen apetito y ánimo dispuesto.

Diciembre 1º—Los mareos, vértigos, zumbidos de oídos han desaparecido casi del todo. Vista natural.

Diciembre 10.—Todos los síntomas del cerebro han desaparecido. Se siente muy bien. Hay erección, sigue el tratamiento.

Observación Nº 7.—Sr. D. W. G. Recomendado por el Dr. Zúñiga.

Hace un año empezó á sentir mareos, peso en el cerebro, hipocondría, amor á la soledad, ideas de homicidio, insómnio, trabajo mental muy difícil, cefalálgia y apetito nulo, debilidad general, estado nervioso muy pronunciado. Pérdidas seminales frecuentes.

Noviembre 14.—Empieza hoy con aplicaciones preparatorias. Cesa medicación interna.

Noviembre 16.—Aplicación tónica reconstituyente general y local, ducha filiforme región occipital y frontal.

Noviembre 20.—Los síntomas cerebrales han desaparecido. Sueño bueno. Apetito bueno. Alegría, apego á la vida. Trabajo mental fácil.

Diciembre 1º—Mejoría muy rápida. Trabaja todo el tiempo necesario sin molestia. Cesa la aplicación cefálica.

Diciembre 5.—Vuelven algunos mareos; trabajo mental más difícil otra vez. Vuelve la aplicación cefálica.

Diciembre 7.—Desaparecieron los mareos. Trabaja lo necesario. Se siente muy bien. La misma aplicación.

Diciembre 10.—Sigue muy bien. Cesan las pérdidas seminales.

El Sr. Presidente: Queda abierta discusión sobre el trabajo que se acaba de leer y el Dr. Jover tiene la palabra para argumentar.

Dr. Jover: Dice que quiere tener el honor de ser el primero en argu-

mentar el trabajo del Dr. Belot y celebrárselo, tanto por su importancia científica, como por la respetabilidad de su autor.

Después de declararse partidario del método hidroterápico, arguye que en el trabajo se toma este tratamiento como med o de esploración para el diagnóstico entre la anémia cerebral y la congestión, y opina que, tras de ser sumamente peligroso, envolvía una falta á la clínica; pués si bien es cierto que en vários estados se suelen confundir ámbas enfermedades, no lo es ménos que casi siempre pueden distinguirse. Para la anémia, agrega el Dr. Jover, será un brillante tratamiento el del Dr. Belot, pero para la congestión tiene que ser fatal, y termina refiriendo un caso pertinente á su tésis.

Dr. Gordillo: Después de hacer un cumplido elogio de los méritos del Dr. Belot, al que considera como el hidrópata más caracterizado de la Habana, y de estimar como concluyentes las observaciones que ha presentado, dice que sólo encuentra una objección que hacer, después de la presentada por el Dr. Jover, y es la que se refiere á ciertas predisposiciones peculiares de algunos indivíduos, particularmente las señoritas, contra la acción súbita de las irrigaciones frías, cuya predisposición es indispensable modificar. A este fin, dice el Dr. Gordillo, es preciso calmarlas con una ducha suave, tíbia y bréve, y él lo ha practicado con tan buen éxito, que luego pueden sufrir las frías sin dificultad.

El Dr. Weiss: Dice que los que le han precedido han hecho ya el elogio que merece el Dr. Belot, pero que deseando hacer alguna luz en las anémias gráves, tiene que declarar que en éstas no es posible aplicar el tratamiento sin hacer, no ya el diagnóstico señalado por el Dr. Jover, sino, además, el de las diversas clases de anémias; las própias de la vida sedentaria, las de los trabajos intelectuales, y particularmente las que en las señoras proceden de afecciones uterinas etc. etc., en las cuales no puede ser bueno el tratamiento señalado. En consonancia con esto refiere un caso observado en los Estados-Unidos y termina su argumentación, recordando que hay un tratamiento heróico, muy superior á todos, bajo el punto de vista de la prontitud de su acción y seguridad: éste es el de las inyecciones de citrato de hierro en disolución, en cuyo apoyo refiere hechos curiosos.

Dr. Bellver: Opina que ningún sistema puede aceptarse como una verdad, siempre que se presente en absoluto. Conviene en que el tratamiento hidroterápico es escelente, pero cree que hay otros que dan mejores resultados; siendo entre ellos el del empleo de los *strícnus* el preferible, porque con ellos ha obtenido verdaderos triunfos en casos que se consideraban perdidos.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Belot para replicar.

Dr. Belot: Replica manifestando que él no ha pretendido antepo-

ner el tratamiento hidroterápico, sino únicamente presentar su técnica particular con los resultados positivos que por ella ha obtenido; conviniendo en creer que la ducha fría de regadera á la cabeza es perjudicial en ciertos casos.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Morado para leer su trabajo:

Importancia del estudio microscópico de la sangre al bicromato de potasa bajo el punto de vista terapéutico.

Por el Dr. Enrique Morado.

Sr. Presidente, Sres.:

En sesión ordinaria de la Sociedad de Estudios Clínicos y en la *Crónica Médico-Quirúrgica*, correspondientes al mes de Julio próximo pasado, tuve el honor de leer y publicar algunas líneas respecto al uso del bícromato de potasa en las anémias, ajustándonos para el estudio microscópico de la sangre á la siguiente técnica, debida á nuestro compañero el Dr. D. Julio San Martín.

Treinta ó cuarenta gramos de solución concentrada de bicromato de potasa, por sesenta ó setenta de agua esterilizada, nos ha parecido lo más conveniente. Se toman dos placas porta objetos que se esterilizan en un mechero de Bunzen ó lámpara de alcohol lo mismo que los cubre objetos, guardándolos sobre una hoja de papel blanco esterilizado bajo una campana pequeña por cuyo interior se ha pasado la llama.

Una vez fríos (ménos de 35° C°) se punciona el dedo en las inmediaciones del borde de las uñas para obtener una gota de sangre.

Es conveniente esterilizar bien la piel de la región haciendo loción jabonosa, después con una mezcla de alcohol y éter, seguida de otra con solución de sublimado al 1/1,000 y terminando con lavado ámplio de agua esterilizada, con objeto de arrastrar toda traza de agentes esterilizantes empleados y sobre todo del último que obraría rápidamente sobre la sangre, coagulándola. Esta operación puede hacerse miéntras se enfrían las placas; úntase el borde de los cuatro objetos con una ligera cantidad de vaselina para evitar la evaporación. La gota de sangre obtenida debe ser de volúmen mediano, de modo que, mezclada con una gota de solución, ofrezca un conveniente grado de diluición, sin dejar por ello de tener cierto espesor. Lo mejor es depositar la gota de bicromato sobre la placa y llevarla al contacto de la gota de sangre con suma rapidéz para evitar la evaporación; se pone el cubre objeto, se comprime ligeramente quitando el esceso de líquido que

reasume por los bordes con un pedazo de papel absorvente y cerrando la preparación con un borde de vaselina. *(Crónica Médica-Quirúrgica* de la Habana. Nº 5.—1889.—Año XV).

El trabajo que en estos momentos sometemos á juicio del Congreso ha tomado orígen y desenvolvimiento en el seno de los mencionados estudios y puede considerarse como una consecuencia precisa de la concepción que nos condujo á la administración de la sal crómica en esos estados, que encuentran hasta hoy en la Hematimetría y Hemocromometría las bases del diagnóstico y fundamento de las indicaciones terapéuticas. Estudiar una gota de sangre según técnica referida y á temperatura de 25 á 30° Cº, observando exclusivamente las distintas etapas que los hemáties recorren en determinado período de tiempo, deduciendo su mayor ó menor grado de vitalidad y la terapéutica más conveniente, es la causa de que moleste vuestra atención, si quiera no sea más que por bréves instantes. He aquí en pocas palabras la síntesis del exámen de sangre perteneciente á indivíduo perfectamente constituido. El aspecto discóideo del hematie se conserva por éspacio de *ocho* á *diez* minutos, después el centro se eleva ó, mejor, desaparece por adelgazamiento del borde y toma un aspecto semi-esférico, que dura de *cuatro* á *seis minutos*, para dar lugar á una ondulación en su circunferencia, á un festón que se conserva de *cinco* á *diez minutos*, al cual sigue una indentación en forma de cruz que invierte de *quince* á *veinte* y *cinco minutos*, terminando por la división de los dientes en pequeños glóbulos, durando esta fase de *setenta* á *noventa minutos* y siendo seguida de la última, hasta ahora observada, que dura de *seis* á *diez* días y en la cual el glóbulo decolorado presenta en su interior partículas brillantes, rápidamente agitadas, que dá el aspecto de un retículum animado de contracciones y dilataciones. Durante esta fase es cuando verdaderamente sorprende á la imaginación del observador el aspecto de vida y movimiento de que es teatro la gota de sangre, que solo presentaba los hemáties separados, discóideos y oscilando lentamente. Fase descrita minuciosamente por el Dr. San Martín en el trabajo anteriormente citado y cuya lectura recomendamos á los que deseen adquirir más ámplio conocimiento del asunto Los diversos cámbios descritos han recibido los nombres de etapas de Esferización, Festonamiento, Indentación (Elsbery), Globulación y Reticulación, que definen los variados estados que toma el hemátie en presencia de la solución de bicromato y á temperatura conveniente. Etapas que para nosotros tienen notable importancia en el diagnóstico de las anémias y gran valor para las indicaciones terapéuticas. Hemos reunido ó formado tres grupos con los distintos exámenes de sangre practicados, comprendiendo en el *primero* los que pertenecen á indivíduos saludables y fuertes; los débiles, que llamamos general-

mente linfáticos y en los cuales los síntomas de la anémia están algo acentuados, forman el *segundo;* quedando para constituir el *tercero* los que son practicados en indivíduos crónicamente enfermos por paludismo, tuberculósis, cáncer, sífilis ú otras causas. Grupos que abrazan número suficiente de observaciones, que permiten precisar algo las variantes de etapas, sobre todo las de Indentación, que son las más importantes y fáciles de apreciar en la sangre de los comprendidos en el último grupo. Descritas ya las etapas y su duración en la sangre normal (primer grupo) pasemos á las del segundo.

Tres ó cuatro primeros minutos de observación bastan para apreciar que el aspecto discóideo desaparece en el mayor número de los hemátics. La *Esferización* dura de *uno á tres minutos*, el *Festonamiento* casi no se apercibe, la Indentación varía de *cinco á veinte minutos;* la Globulización de *veinte á cincuenta* y la *Reticulación* de *tres á seis días.* Réstanos lógicamente referir lo apreciado en los que forman el tercero y último grupo; exámenes frecuentes y que requieren la terapéutica más activa, demandando, por consiguiente, mayor atención. Las dos primeras etapas, Esferización y Festonamiento, se suceden con tal rapidéz, que por muy pronto que ejecutemos la técnica, encontramos en el primer tiempo de observación muchos glóbulos en período de Indentación, que dura de *cinco á ocho* minutos, el de Globulización de *diez á veinte* minutos, y el de Reticulación de *veinte y cuatro á cuarenta y ocho horas.* El hemátic de este grupo no ejecuta, en el mayor número de los casos, una etapa de Indentación regular, como sucede en los que corresponden á los dos primeros grupos, en los cuales las cuatro prolongaciones, bastante iguales en forma y tamaño, le dan aspecto de cruz ó de aspas de un molino. Aquí es tan irregular y caprichosa que no es posible describirla, siendo solo el exámen el que puede dar una idea de las variadas figuras que afecta el glóbulo. Es frecuente observar que falta dicha etapa y entónces el hemátic en la fugáz de *Esferización,* se alarga en sentido de uno de sus diámetros, formando un cilindro, muchas veces filiforme, que á los dos ó tres minutos se segmenta en glóbulos.

Esta forma predomina en la sangre de los tuberculosos bacilares y caquécticos cancerosos, revelando un profundo ataque de la nutrición, hasta el punto, que más de una vez nos ha inducido á investigar enfermedades gráves, encontrando carcínoma del cuello uterino, que hasta entónces solo se traducía por trastornos dispépticos y alguna que otra hemorrágia, que no llamaba la atención de la paciente por atribuirla al período menopáusico de su vida.

Reasumiendo, pues, lo anteriormente expuesto, podemos consignar que el hemátic invierte el siguiente tiempo en alcanzar su última etada, Reticulación.

El del	Primer grupo—de una y media á dos horas.
	Segundo grupo—de media á una hora.
	Tercer grupo—de un cuarto á media hora.

Dedúcese naturalmente que el exámen atento del tiempo de duración de las etapas y sus variantes nos conducen insensiblemente al conocimiento de la mayor ó menor vitalidad de la sangre; y con objeto de confirmar la verdad de esta conclusión, hemos puesto en práctica dos de los medios con que cuenta la Hematología para el diagnóstico de la anémia.

Hemos medido en cada caso el número de glóbulos rojos y cantidad de hemoglobina, valiéndonos de los aparatos de Mr. Malassez, deduciendo el promedio para cada grupo y formando el siguiente cuadro sintetiza el resultado de los exámenes practicados al Bicromato y con los aparatos arriba mencionados.

TÉCNICA AL BICROMATO CON TEMPERATURAS DE 25 Á 30º CENTÍGRADOS.

Primer grupo.	Esferización	cinco minutos.
	Festonamiento	diez minutos.
	Indentación	veinte minutos.
	Globulización	una hora.
	Reticulación	de seis á diez días.
	Hematimetría	5.000,000.
	Hemocromometría	5 por 100.
	Riqueza globular	30'30 U. U. gr.

TÉCNICA AL BICROMATO CON TEMPERATURAS DE 25 Á 30º CENTÍGRADOS.

Segundo grupo.	Esferización	dos minutos.
	Festonamiento	apenas se observa.
	Indentación	diez minutos.
	Globulización	treinta minutos.
	Reticulación	de tres á seis días.
	Hematimetría	4.000,000.
	Hemocromometría	10 por 100.
	Riqueza globular	25 U. U. gr.

TÉCNICA AL BICROMATO CON TEMPERATURAS DE 25 Á 30º CENTÍGRADOS.

Tercer grupo.	Esferización	fugáz.
	Festonamiento	no existe.
	Indentación	cinco minutos.
	Globulización	veinte minutos.
	Reticulación	de 24 á 48 horas.
	Hematometría	2.500,000.
	Hemocromometría	7 por 100.
	Riqueza globular	20 U. U. gr.

Con bastante claridad se destaca en primer término la estrecha relación, tal vez causal, que parece existir entre la riqueza hemoglóbica y la duración ó esencia de las etapas, y que nos autoriza á pensar en un nuevo elemento diagnóstico, quizás más preciso que el conteo globular y medición de hemoglobina, que requieren entre otras condiciones la perfección de aparatos para evitar errores en los cálculos y un grado igual de facultad perceptiva de colores; independiente de la intensidad de tinte, según que la luz es reflejada por atmósfera azúl ó cargadas de nubes blancas, conforme á la opinión recientemente emitida por el ilustre hematologista francés, Mr. Georges Hayem, en su última obra (Du Sang, 1889). Bastarían, pués, entónces diez minutos de observación para juzgar aproximadamente la riqueza globular y hemoglóbica de la sangre, sin necesidad de extraer mayor cantidad que la proporcionada por la simple punción con una aguja, y no la incisión con la lanceta, que más de una vez dificulta la aplicación del método en la práctica civil. Por éstas y otras razones de órden económico, unido á la simplicidad de ejecución, que lo hace un proceder práctico, confiamos que el exámen de sangre al bicromato, ó, mejor dicho, el exámen del hemátie, por ser éste el único elemento hasta hoy estudiado por nosotros, tome la importancia que deba en el diagnóstico de la anémia y señale el medicamento mas conveniente para su curación. Algunas observaciones publicadas é inéditas demuestran hasta hoy, que el reactivo usado al interior, á la dósis de uno á cinco milígramos diarios en solución acuosa, resuelve el problema terapéutico de dar vitalidad al hemátie en los estados anémicos, sintomáticos de vários procesos patológicos y triunfar en aquellos casos que burlan los efectos de la tradicional medicación por los marciales. Administrar, pues, el bicromato de potasa, aumentando ó disminuyendo la dósis, según la mayor ó menor vitalidad que revela el hemátie en presencia del reactivo, es la manera más tangible de apreciar la importancia que el estudio microscópico de la sangre al bicromato de potasa tiene bajo el punto de vista terapéutico, y la conducta ménos dubitativa que podemos seguir ante ia evolución clínica del proceso etiológico. Hemos terminado nuestra comunicación y esperamos que las conclusiones sean acogidas con la reserva que precede á todo estudio experimental ó de observación; con tanto más motivo, cuanto que se presenta en pleno período embrionario para ser admitido ó rechazado en la vida común de los conocimientos médicos.

NOTA ADICIONAL.

En el tiempo transcurrido desde el día que puse en manos del Sr. Presidente de la Comisión Organizadora el trabajo que acabo de leer, he tenido la satisfacción de conocer la reciente é interesante obra

del profesor G. Hayem «Du Sang» y en el capítulo «Altérations des éléménts figurés» existen observaciones de sangre en un enfermo llegado á la caquéxia cancerosa (cáncer del estómago) que sorprenden al ilustre hematologista por las formas variadas y bizarras que presentaron los hemátics. Acompaña una lámina (fig. 61, pág. 338), que pudiera corresponder y adaptarse perfectamente á las variantes que, en la etapa de Indentación van descritas en la sangre del tercer grupo. La rapidéz en la presentación de esta etapa en el indicado grupo explica la posibilidad de ser observada, examinando en célula «á rigole» ó por desecación pronta, únicos métodos de obsèrvación usados por el distinguido profesor de la Escuela de París.

Impórtanos hacer constar lo anteriormente referido, por cuanto evidencia la significación que para nosotros tiene en la decadencia general de la nutrición la época, duración y variantes de la tercera etapa.

SEGUNDA NOTA ADICIONAL.

Cinco minutos más para dar á conocer un hecho que nos ha sorprendido en nuestras investigaciones hematológicas y que sometemos á nuestros compañeros para que, estudiado detenidamente, sea confirmado ó negado por ellos ó nosotros ántes ó en nuestro próximo Congreso. Grácias á mi ilustrado amigo y compañero el Dr. Semprun, que, por su constancia en el estudio y entusiasmo científico, honra al cuerpo que pertenece, débese la realización de un deseo, de una necesidad hace tiempo sentida por el Director del Laboratorio de la *Crónica*, Dr. D. Juan Santos Fernández, quien ha puesto á nuestra disposición todo lo que hacernos falta pudiera, para estudiar la sangre del europeo recien llegado á Cuba.

Grácias debo dar al Sr. D. Emilio Gutierrez de la Cámara, Coronel en Jefe del Regimiento de Caballería, por su amable concesión permitiéndonos examinar la sangre de los quintos acuartelados en Dragones.

El hecho á que nos referimos es la cifra enorme que arroja el conteo globular, que hace surgir dudas en nuestro ánimo y desconfiar de la técnica, de los aparatos y hasta de las multiplicaciones, una y otra vez repetidas. Acudimos á persona de reconocida competencia, el Dr. San Martín, para que nos hiciera luz en el asunto y las cifras por él obtenidas igualaron á las nuestras. En los quintos llegados de la Península, que reciben instrucción en el Cuartel de Dragones, practicamos nuestros exámenes, procediendo con los cuidados más minuciosos en la rigurosa técnica que para éstos estudios se requiere; sirviéndonos de la cámara húmeda graduada de Mr. Malasses, mezclador Potain, hemocromómetro del primero de dichos autores, y haciendo para el conteo la solución al *Cuarto*. Además nos servimos del Hematóscopo y Hematospectróscopo de Mr. Henocque, examinando tam-

bién la sangre al bicromato, que, por otra parte, ha venido á confirmar lo sustentado en el cuerpo de nuestro trabajo. Pocos son hasta ahora los sujetos examinados, corto es el número; no desconocemos que para que el hecho tenga valor y significación deben hacerse muchos conteos, repetidos en los mismos indivíduos durante épocas distintas y apreciar de este modo las variaciones en más ó en ménos que presenten. Nos proponemos hacerlo y prometemos dar cuenta de nuestros resultados. Miéntras tanto, expongamos el obtenido en los doce exámenes, que, para mayor claridad, dividiremos en tres grupos, formado cada uno de cuatro casos y comprendiendo en el primero los que llevan de ocho á *quince días* de residencia; en el segundo, de *treinta á cuarenta y cinco;* y de *dos meses en el tercero,* determinando, respectivamente, la mínima, máxima y promedio de las cifras alcanzadas.

PRIMER GRUPO.

8 A 15 DIAS.		8 A 15 DIAS.	
CONTEO GLOBULAR.		OXIHEMOGLOBINA.	
Mínima	4.880,000	Mínima	14
Máxima	9.000,000	Máxima	14
Promedio	6.435,000	Promedio	14
HEMATOSCÓPIA.		INDENTACIÓN.	
Mínima	14	Mínima	14 mitos.
Máxima	14	Máxima	30 »
Promedio	14	Promedio	38 »
HEMATOESPECTROSCÓPIA.		GLOBULIZACIÓN.	
Mínima	14	Mínima	30 »
Máxima	14	Máxima	45 »
Promedio	14	Promedio	38 »

SEGUNDO GRUPO.

30 A 45 DIAS.		30 A 45 DIAS.	
CONTEO GLOBULAR.		OXIHEMOGLOBINA.	
Mínima	3.530,000	Mínima	9.5
Máxima	9.020,000	Máxima	13
Promedio	7.012,000	Promedio	11
HEMATOSCÓPIA.		INDENTACIÓN.	
Mínima	10	Mínima	16 mitos.
Máxima	14'5	Máxima	30 »
Promedio	12'8	Promedio	21 »
HEMATOESPECTROSCÓPIA.		GLOBULIZACIÓN.	
Mínima	15	Mínima	45 »
Máxima	20	Máxima	120 »
Promedio	17	Promedio	71 »

TERCER GRUPO.

2 MESES.		2 MESES.	
CONTEO GLOBULAR.		OXIHEMOGLOBINA.	
Mínima	6.240,000	Mínima	9
Máxima	11.000,000	Máxima	13
Promedio	9.370,000	Promedio	10
HEMATOSCÓPIA.		INDENTACIÓN.	
Mínima	12.5	Mínima	20 mitos.
Máxima	15.5	Máxima	30 »
Promedio	13	Promedio	35 »
HEMATOESPECTROSCÓPIA.		GLOBULIZACIÓN.	
Mínima	15	Mínima	30 »
Máxima	22	Máxima	120 »
Promedio	19	Promedio	71 »

Las eifras del hemoeromómetro no han sido ineluídas por no haberse praetieado el exámen en todos los casos. Tenemos, pues, en los anteriores grupos, una cifra globular ereciente y una decreeiente con respecto á la oxihemoglobina á medida que es mayor el tiempo de resideneia.

He aquí el hecho tal como ha herido nuestra imaginación. ¿Será esta hiperglobulia real? Será la exprcsión de un estado de condensación de la sangre por las pérdidas que tienen lugar en la superficie cutánea, en virtud de las influeneias elimatéricas? Será un argumento poderoso á favor de la eoneepción de nuestro amigo el Dr. San Martín sobre el papel que la glándula hepática toma en la división globular, sobreexitada en su funcionalismo por razón del elima? Puntos son estos que, como todos, someto á la eonsideración de mis compañeros. Tal vez en la eonfirmaeión vaya envuelta la profiláxia ó tratamiento curativo de la fiébre amarilla.

El porvenir rcsponderá, es asunto importantísimo; faetor principal del problema colonial y su favorable solución hará, una vez más, merecedora á nuestra pátria del dictado de «Tierra hospitalaria» que le dieron.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Pérez Miró para argumentar.

Dr. Pérez Miró: Opina que el trabajo del Dr. Morado es para él lo más importante que se ha presentado al Congreso, bajo todos los puntos de vista del diagnóstico, del pronóstico y tratamiento de las anémias; que tal parece que sc asistc á la escena del glóbulo rojo y blanco, cuyas esferitas es la última etapa de las diferentes fases de la transformación globular.

Que por el tiempo que media entre la salida y la transformación,

se puede seguir el diagnóstico y el pronóstico y termina recomendando el empleo del bicromato de potasa.

Dr. Fors: Dice que, siendo muy frecuente el hecho de encontrar personas diagnosticadas de anémia, que no se curan, á pesar de los remedios, y sí, por el contrario, con un cámbio de clima ú otra cosa análoga, es preciso preguntarse si serían anémias, y, después de afirmar categóricamente que nó, añade que para diagnosticar la anémia y curarla es necesario recurrir al proceder del Dr. Morado.

Dr. Gordillo: Cree que el procedimiento del bicromato de potasa es fructífero, y respecto á la hiperglobulía de los *quintos*, observada por los Drcs. Morado y Semprún, que puede y debe atribuirse, más que á nada, á las ventajas que esos hombres tienen con la vida regalada del cuartel y la alimentación fuerte y nutritiva que se les dá, en lugar de la pobre y mala de sus aldeas ó lugares. Esos hombres, agrega, son, en su mayor parte, labradores, que no comían carnes; después la comen, juntamente con otros alimentos de buena calidad y abundantes: sus estómagos se dilatan y después descansan y nutren.

Dr. Bellver: Admite la hiperglobulía tal como la esplica el Dr. Gordillo en los *quintos*.

Dr. San Martín: Dice que callaría de buen grado sino tuviera que hacer una profesión de fé: la de que tuvo la audácia de penetrar el problema de la regeneración de los hemáties; que sus investigaciones lo llevaron á admitir que la hematopoyésis se realizaba también en el hígado y que los hemáties se dividían activamente, esplicando así la degeneración de ellos, y termina declarando que el hecho observado por los Dres. Morado y Semprún en los recién llegados de Europa, es, para él, la confirmación, el hecho fisiológico, que necesitaba para fundar grandes esperanzas en su teoría hemato-poyética.

Dr. Dueñas: Felicita al Dr. Morado por la prioridad en el uso del bicromato de potasa en las anémias. Manifiesta haberlo empleado él con éxito en cinco casos: tres niños y un adulto tuberculoso, de los cuales hace especial mención de un niño escrofuloso, con ozena crónico, que había resistido á todos los medios y se restableció rápidamente y concluye suplicando al Dr. Morado le diga si lo ha empleado en niños muy pequeños y en la atrépsia y á qué dósis.

Dr. Gastón: Se declara partidario decidido del bicromato de potasa, manifestando haberlo usado en una tuberculosa que aumentó doce libras en cinco meses; en su hija, de tres años, que no toleraba ningún ferruginoso y aumentó tres libras en dos meses y además en tuberculosos en distintos períodos, en cancerosos y diversas caquéxias mucho y siempre con buen resultado.

Dr. Santos Fernández: Comprueba lo dicho por el Dr. Morado, citando un enfermo con disminución de la presión intraocular, en el

que, al cabo de cuatro ó cinco días, se observó aumento y se encontraba bien por el empleo del bicromato de potasa.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Morado para replicar.

El Dr. Morado: Dá las gracias á los Dres. Pérez Miró y Fors por las frases y conceptos que le han dirigido; á los Dres. Dueñas y Gastón por los hechos presentados y á los Dres. Gordillo y Bellver les dice que su teoría para esplicar la hiperglobúlia no es cierta, toda vez que puede haber anémia con hiperglobúlia.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Plasencia para dar lectura á su trabajo:

Del tratamiento del hidrocele por el ácido fénico diluido.



Por el Dr. Ignacio Plasencia.

ESTADISTICA.—RESULTADOS.

Sr. Presidente, Señores: Si alguna vez el célebre aforismo *Hipocrático, cito, tuto et jucunde*, se cumple en todas sus partes, es cuando tratamos de modificar la *Vaginalitis plástica* y la serosa crónica por medio del Fenol, usado en la cantidad y modo que luego hablaremos. El poco ó ningún dolor, más bien una sensación desagradable, producida por una más alta temperatura del líquido introducido; su eficacia é inocuidad y ser poca la reacción que produce, hablan muy alto en favor del medio que recomendamos.

Historia.—Como decíamos en nuestro primer trabajo sobre el particular (Anales de la Real Academia, Julio 15 de 1883) nos había llamado la atencíón la propiedad anestésica, modificadora y antiséptica del ácido carbólico, por cuyo motivo, por indicación propia y sin datos en que apoyarnos, ensayamos su uso en el tratamiento del hidrocele, con el mejor resultado. Más tarde leimos los trabajos y estadística del Dr. Levis de Filadelfia, que databan del 72, empleándolo en corta dósis 1,50 puro, liquidado al fuego ó por el agua ó la glicerina. Los de Roberts, Veir Sandidge, Abbe, Jonah, Nicolson, Weber, Bull, que de 82 casos hubo una sola recidiva y los Keller con 50 casos, todos felices. Schoctybe lo empleó ya más diluido, soluciones del 3 al 8 por 100; pero sólo inyectaba 15 gramos de esta disolución, que, concentrada, producía mucho dolor, por lo que recomendaba empezar por la débil para acostumbrar á la serosa. Más reciente Bompiani, de Roma, sigue el proceder anterior; pero agrega á éste una série de suturas destinadas á unir la cara anterior y posterior del escroto; es decir, que buscaba la adhesión de la serosa. Wagner inyecta un gramo de una solución fénica al 1 por 100 en la vaginal vacía, que deja dentro; la reacción era

nula; pero el éxito era dudoso é incierto, pues en 37 operados tuvo 5 recidivas.

Nosotros, desde que instituimos nuestra técnica, lo empleamos diluido al principio con alcohol, que más luego cambiamos por la glicerina, para que no se atribuyese á éste la cura; sustancia que era en el proceder de Monod empleada.

Entónces pudimos confeccionar la fórmula siguiente, que es la que usamos actualmente con el más asombroso éxito.

T.—Acido fénico cristalizado blanco.........	5	gramos.
Glicerina de Price..........................	10	»
Agua destilada..............................	100	»

Fíltrese dos veces.

Nuestra técnica es la que sigue: Después de evacuada la cavidad vaginal con un trócar de llave de plata, de mediano calibre, en el mejor estado de limpieza y asépsia, inyectamos toda la fórmula, que permanece dentro de la cavidad de 5 á 7 minutos, según el tiempo del derrame, su cantidad ó el mayor ó menor grosor de la serosa, malasando el tumor con la mano izquierda, miéntras la derecha sujeta la cánula para que toda la superficie interna de la serosa sea bañada por el líquido; después de pasado dicho tiempo, damos salida á todo el contenido, que para el buen resultado debe de salir de color lactesente; extraemos la cánula y después de malasar el punto de la punción, colocamos encima, cubriendo todo el escroto, algodón absorvente ó salicilado, que el operado debe no quitarse hasta no tener completamente cerrada la herida operatoria. El todo es sujeto con una T ó un suspensorio *ad hoc*. El paciente debe permanecer acostado tres dias, esperando si viene la reacción, y el primer dia sólo tomará de alimento caldo ó leche.

Generalmente volvemos á ver al paciente por primera vez á los 8 ó 15 dias y ya en este tiempo algunos están casi curados, siendo la dureza del teste una buena señal; en otros la vaginal continúa por más tiempo llena del líquido nuevamente exudado y vá poco á poco reabsorviéndose hasta la curación completa. No hay qne desesperar por que éste tarde en desaparecer, pues en algunos, aunque raros, hemos visto, después de los tres meses de permanecer estacionario el derrame, desaparecer rápidamente cuando el paciente reclamaba una nueva intervención.

Detengámonos en algunas complicaciones dependientes del acto operatorio. El dolor producido por la punción es igual, sea cualquiera el líquido que se vaya á usar; pero, al inverso de la inyección iodada, de suyo muy dolorosa, el ácido fénico no produce en algunos dolor de ninguna espécie; otros, más nerviosos, sienten en el cordón una ten-

sión desagradable, que desaparece rápidamente cuando se equilibra la temperatura del líquido que introducimos en la cavidad de la serosa. Cuando se usa la tintura de iodo pura ó la solución de Lugol hay que tener sumo cuidado en que no se infiltre la totalidad ó parte de ella entre las túnicas del escroto, porque se produce seguro el esfacelo de dichas cubiertas; accidente deplorable, debido la más de las veces á imprudencias y temores del que va á hacer operado; y si bien hoy se ha podido mitigar en parte el dolor producido por la inyección del iodo, mediante las inyecciones prévias de cocaina ó tambien usar la mezcla á la temperatura del cuerpo, no es posible evitar lo segundo, una vez sufrido el accidente. Con el ácido fénico este inconveniente grave no tiene lugar aunque sobrevenga la complicación, pues, como se puede ver en las experiencias de mi primer trabajo, hemos inyectado el líquido de nuestra fórmula en el escroto de algunos perros sin que les sobreviniese más que rubefacciones transitorias; y en dos casos que citamos, se derramó la inyección fenicada en las capas escrotales, y sólo ocurrió en uno de ellos un pequeño abceso superficial que curó rápidamente.

La reacción producida por la solución fenicada es casi nula en los más; en otros no se presenta y sólo en muy cortísimo número y por lo común por imprudencias, como es caminar en los primeros dias después de operados, se presenta y está caracterizada por algún dolor é inflamaciones, pero sin fiebre, que desaparecen con el uso de los emolientes y seguir nuevamente los consejos de quietud dados.

Réstanos tocar un punto litigioso aún: nos referimos á los casos en que, hecha la punción, el líquido que sale, bien es claro y del color propio de esta clase de dolencia y sólo al final sale túrbio y mezclado con sangre decolorada ó pura, ó bien es un verdadero hidro-hematocele; pero que la sangre está en muy corta cantidad. ¿Debemos inyectarlos? En nuestra estadística se pueden ver casos que, sin embargo de estar en estas circunstancias, como prueba, hemos procedido como si fuesen vaginalitis serosas y algunos han curado. Lo mismo ha acontecido con dos ó tres hidrocéles grasosos que en un caso era doble y estos últimos todos curaron.

CONCLUSIONES.

El hidrocéle crónico ha estado sometido, según el conocimiento que del proceso anátomo-patológico se tenía, á variados tratamientos.

Con el advenimiento de la era antiséptica aparece la inyección de ácido fénico puro, que, mal graduado más tarde, no daba resultados satisfactorios.

El ácido fénico diluído, según nuestra fórmula, constituye el medio

más seguro, indoloro é inofensivo para curar la vaginalítis serosa y en algunos casos sencillos la hemorrágica.

Su rapidéz en actuar, su eficácia y la poca reacción que produce, lo hacen superior á otras sustancias de manejo peligroso é incierto.

Cuando el líquido de la inyección sale después de la operación de color lactescente es seguro el éxito.

La inspección ulterior de muchos de los operados, demuestra que la inyección que usamos no tiene influencia sobre los zoospermos; pues muchos de ellos con vaginalítis doble y un monórquido tuvieron sucesión.

TOTAL POR RAZAS Y PROFESIONES.

RAZAS.

Blancos	137
Morenos	12
Pardos	5
Asiáticos	1
Total	155

PROFESIONES.

Cocheros	5
Comercio	42
Labradores	5
Herreros	1
Estudiantes	1
Jornaleros	1
Propietarios	1
Albañiles	1
Muñidores	1
Sepultureros	1
Médicos	3
Sacristanes	2
Cocineros	7
Abogados	1
Caldereros	1
Carpinteros	6
Zapateros	1
Tabaqueros	28
Mecánicos	1
Empleados	1
Pintor	1
Panaderos	3

Carretoneros	2
Litógrafos	4
Escribientes	3
Profesores	2
Marinos	2
Militares	1
Barberos	3
Porteros	4
Enfermeros	7
Pescadores	1
Plateros	1
Sombrereros	1
Telegrafistas	1
Se ignora su procedencia	9
Total	155

TOTAL GENERAL POR EDADES.

EDAD.	CASOS.	EDAD.	CASOS.
16 años	1	40 años	7
17 »	5	41 »	1
18 »	1	42 »	3
19 »	2	43 »	1
20 »	5	44 »	2
21 »	3	45 »	3
22 »	9	47 »	1
23 »	5	50 »	4
24 »	7	51 »	2
25 »	12	52 »	2
26 »	9	53 »	1
27 »	5	54 »	3
28 »	7	56 »	1
29 »	3	57 »	1
30 »	7	58 »	1
31 »	4	59 »	3
32 »	2	60 »	1
34 »	7	63 »	1
35 »	4	66 »	1
36 »	5	Sin especificar edad	7
37 »	3		
38 »	3	*Total*	155

TOTAL DE OPERADOS POR EL ACIDO FENICO.

SEGUN FÓRMULA.

Derechos	49
Izquierdos..	48
Dobles	34
Sin especificar sitio....................................	12

NATURALEZA.

Hidrocéles grasosos	6
Id. enquistados..............................	2
Hidro-Hematocele	4
Total......	155

RESULTADO.

Curados vistos en diferentes épocas.................	125
Sin éxito..	2
Dudosos	4
No vistos..	24
Total......	155

Hay que hacer constar que de los 129 casos-vistos tenemos que rebajar los 44 incluídos en esta estadística y ya presentados en nuestro primer trabajo á la Academia. Los 85 casos operados después, que forman nuestra segunda série, no arrojan nínguna recídiva. El Dr. Menocal presenta 85 casos con 2 recídivas: reuniendo las dos estadísticas dan 170 casos con 2 recídivas, lo que arroja 1,70 de recídiva.

RELACION ESTADISTICA.

Relación estadística *de los casos de hidrocéles operados con la inyección fenicada, según fórmula del Dr. Plasencia, por los Dres. Plasencia y Menocal.*

Nº de casos.	NOMBRES Y APELLIDOS.	NATURALIDAD.	Edad.	Lado en quo radicaba el tumor.	Dia en que se practicó la operación.	Resultado y dia en que se dió de alta.
1	D. Angel Alberto Montevilla	New-York	24	L. derecho	11 Mayo 1880	1 Junio 1880.—C.
2	» Pedro de la Cruz Zequeira	Puerto-Príncipe	22	» izquierdo	11 » »	1 » » »
3	» Manuel Ozeguera	Habana	22	» »	27 Julio »	25 Agosto » »
4	» Juan Cajalville	Pontevedra	24	» »	4 Agosto »	2 Octubre » »
5	» Eduardo González del Valle	Astúrias	23	Doble	21 » »	Curado.
6	» Fernando Ozeguera	Habana	25	L. derecho	21 » »	Id.
7	» José López	Galicia	24	» »	22 Setiembre »	20 Noviembre » »
8	» Juan Pampin	Pontevedra	40	» »	25 Agosto »	Curado.
9	» Domingo González	Coruña	40	Doble	8 Octubre »	19 Octubre » »
10	» Manuel Valdés	Matamoros	24	L. derecho	20 Novbre. »	19 Diciembre » »
11	» José Carrill Prado	Astúrias	20	» izquierdo	15 Dicbre. »	11 Enero 1881.—C.
12	» Antonio Salgueiro	Coruña	17	» »	25 Febrero 1881	1 Mayo » »
13	» José Malville	Habana	34		13 Marzo »	23 » » »
14	» Elías Diaz	Astúrias	24	L. derecho	8 Mayo »	23 » » »
15	Moreno Encarnación Coca	Habana	34	» »	26 Junio »	9 Julio » »
16	D. José M. Cuesta	San Lúcar de Barrameda.		Doble	21 Julio »	Curado.
17	» José Ramos	Canarias	36		23 » »	31 Julio » »
18	» José Molina	Habana	17	L. derecho	23 » »	Curado.
19	» José M. Basanta	Lugo	36	» »	7 Agosto »	15 Setiembre » »
20	» Andrés Vidal	Coruña	69	» izquierdo	29 » »	28 » » »
21	Moreno Pascual Zayas	Habana	25	» derecho	20 Setiémbre »	Cúrado.
22	D. Jerónimo Amor	Lugo	20	» »	30 » »	16 Noviembre » »
23	Moreno Ramón Conill	Habana	40	Doble	15 Octubre »	29 » » »
24	D. José A. Eiros	Lugo	20	»	30 » »	Curado.
25	» Santiago Monte	Habana	54	L. izquierdo	7 Dicbre. »	15 Diciembre » »
26	» Vicente Hermoso	Coruña	22	» »	21 » »	10 Enero 1882.—C.
27	» Manuel Herro	Habana	26	Doble	2 Enero 1882	20 » » »
28	» José R. Alfonso	Id.	34	L. izquierdo	23 Febrero »	6 Marzo » »

29	» Bonifacio González	Astúrias	26	» derecho	22 Marzo »	Curado.
30	Moreno Domingo Cámpos	Habana	22	» izquierdo	20 Abril »	Id.
31	D. Martín de León	Id.	37	» »	12 Julio »	Id.
32	» Pablo Moretill	Id.	19	Doble	17 » »	Id.
33	» Francisco Fonseca	Canárias	40	L. Dsrecho	22 Setiémbre »	25 Diciembre » »
34	» Juan Eller	Cartagena	34	» »	25 » »	5 Noviembre » »
35	» José A. Eiras	Pontevedra	54	» »	30 » »	8 Octubre » »
36	» Francisco Hernández	Habana	28	Doble	20 Octubre »	Curado.
37	» Manuel Alea	Astúrias	41	L. derecho	Iñ Dicbre. »	49 Diciembre » »
38	» Andrés Segura	Galicia	20	» »	11 Enero 1883	21 Enero 1883.—C.
39	» José Regó	Coruña	24	» »	11 » »	21 » » »
40	» José González	Astúrias	35	» »	11 » »	21 » » »
41	» Joaqnín Gómez	Valencia	34	» izquierdo	12 » »	Curado.
42	» Bernardo Gómez	Santander	38	Doble	13 Febrero »	Id.
43	» José Canell	Habana	26	L. derecho	11 Abril »	Id.
44	» Pedro Hernández	Id.	27	» »	1º 9 Agto. 82 y 2º 11 Abril 83	8 Julio » »
45	» Pablo Sánchez	Id.	24	Doble	18 Abril 1883	Curado.
46	» Higinio Cano	Batabanó	27	L. izquierdo	22 » »	Id.
47	» José Corripio	Oviedo	28	Doble	27 » »	Id.
48	» Pedro Cibeira	Pontevedra	18	L. derecho	4 Marzo »	21 Marzo » »
49	» Juan Palma	Bayamo	37	Doble	18 » »	28 Julio » »
50	» Manuel Menéndez	Coruña	25	L. izquierdo	1 Junio »	9 » » »
51	Pardo José	Habana	59	» »	22 » »	Curado.
52	D. Narciso Rebollo	Canárias	59	» »	6 Julio »	Id.
53	» Antonio Drieto	Coruña	17	Dable	6 » »	7 Julio » »
54	» Felipe Alvarez	Habana	25	L. derecho	8 » »	5 Setiembre » »
55	» Silvestre Granda	Astúrias	20	» »	16 » »	Curado.
56	» José M. Otero	Galicia	42	» izquierdo	19 Novbre. »	Id.
57	» Andrés Valdés Chacón	Habana	36	Doble	14 Julio »	30 Julio » »
58	» Tomás Serrano	Id.	35	»	13 » »	Curado.
59	» Sandálio Fernández	Astúrias	22	»	25 » »	10 Agosto » »
60	» Narciso Eómez de Olmo	Sancti-Spíritus	21		10 Agosto »	Curado.
61	» Mariano Ruic	Habana	41	Doble	2 Octubre »	30 Octubre » »
62	» Antonio Valdés	Id.	25	L. derecho	9 » »	Curado.
63	» Aquilino Vigil	Astúrias	26	» izquierdo	9 » »	13 Octubre » »
64	» Sandálio Fernández	Id.	22	» »	24 » »	27 » » »
65	» José M. Rodríguez	Canárias	40	Doble	20 Novbre. »	Curado.

Nº de casos.	NOMBRES Y APELLIDOS.	NATURALIDAD.	Edad.	Lado en que radicaba el tumor.	Dia en que se practicó la operación.	Resultado y dia en que se dió de alta.
66	D. Juan Rodríguez	Salamanca	51	L. derecho	21 Novbre. 1883	
67	» Pedro Gutierrez	San Cristóbal	25	» »	29 Dicbre. »	10 Enero 1884.—C.
68	» Luis Martínez	Galicia	25	» »	5 Enero 1884	20 » » »
69	» Vicente Bosques	Lugo	22	» izquierdo	7 » »	20 » » »
70	Moreno Juan Muñóz	Habana	29	» »	9 Febrero »	14 Febrero » »
71	» Emilio Chacón	Id,	44	» derecho	7 Marzo »	Curado.
72	D. Antonio Allalla	Pontevedra	50	Doble	7 » »	Id.
73	» Pedro Echevarría	Guipúzcoa	37	»	12 » »	Id.
74	» Manuel Suárez	Coruña	24	L. izquierdo	13 » »	16 Abril » »
75	» Manuel Espinosa	Oviedo	30	» »	18 » »	20 » » »
76	» José García Gutiérrez	Id.	17	Doble	19 » »	31 Marzo » »
77	Pardo Ramón Betancourt	Habana	50	L. derecho	19 » »	Curado.
78	D. Juan Brea	Galicia	43	» »	10 Abril »	17 Abril » »
79	» Juan A. Rodríguez	Habana	10	» izquierdo	16 » »	Curado.
80	» Antonio Abas León	Id.	22	» derecho	7 Mayo »	27 Mayo » »
81	» Maximino Alonso	Canarias	21	Doble	9 » »	Curado.
82	» Manuel Escobedo	Santander	40	L. izquierdo	15 » »	Id.
83	» Sebastian Pascual	Barcelona	45	(Cordón)	27 Junio »	Id.
84	» Francisco Zayas	Habana	25	L. derecho	8 Julio »	Id
85	» Indalecio Rodríguez	Id.	28	» »	10 Agosto »	17 Agosto » »
86	» Constantino López	Lugo	30	Doble	12 Dicbre. »	Curado.
87	» Juan San Martín	Coruña	20	L. izquierdo	22 » »	Id.
88	» Norberto Blanco	Habana	38	Doble	31 Octubre »	Id.
89	» Manuel Perdices	Guadalajara	32	»	3 Enero 1885	Id.
90	» José Gómez	Canarias	63	L. derecho	15 » »	Id.
91	» Manuel Fernández	Oviedo	27	Doble	22 Febrero »	Id.
92	» José Villanueva	Id.	26	L. derecho	2 Abril »	Id.
93	» José M. Franquelo	Habana	27	» »	2 » »	1 Mayo 1885.—C.
94	» José M. Campos	Bejucal	30	» »	7 » »	11 Abril » »
95	» Domingo Rodríguez	Canarias	52	» »	8 » »	Curado.
96	» Isidro Molina	Cienfuegos	17	Doble	15 Mayo »	12 Agosto » »

97	» Juan Ocejo	Habana	23	L. izquierdo	4 Setiembre 1885.	14 Setiembre 1885.—C.
98	» Eulogio González	Id.	42	» derecho	10 » »	20 » » »
99	» José Pujol	Cataluña	28	Doble	3 Octubre »	28 Noviembre » »
100	» Agapito Valatón	Astúrias	42	L. derecho		
101	» Antonio Fernández	Lugo	25	» izquierda	6 Enero 1886	24 Febrero 1886.—C.
102	» Manuel Olivera	Cárdenas	31	» »	16 Marzo »	Curado.
103	» José Robert	Cataluña	35	Doble	15 Abril »	Id.
104	» Antonio López	Artemisa	23	L. izquierdo	2 » »	Id.
105	» Francisco Pérez Crespo	Cayajabos	31	» derecho	3 Junio »	Id.
106	» Antonio Acosta	Málaga	20	» »	7 Julio »	Id.
107	Moreno Luis La Mata	Habana	66	» izquierdo	11 Agosto »	Id.
108	D. Román Campos	Id.	56	» derecho	11 » »	Id.
109	» Julio Cuartas	Id.	26	» »	15 » »	Id.
110	Pardo Quintín Morales	Corralillo	22	Doble	17 Setiémbre »	Id.
111	Dr. Diego Rivas	Guanajay	28	L. derecho	20 Novbre. »	Id.
112	D. Manuel Suárez	Astúrias	26	Doble	28 Enero 1887	Id.
113	» José Laza y Mendez	Id.	45	L. izquierdo	9 Febrero »	Id.
114	» Pedro Sánchez	Habana	17	» »	9 Marzo »	23 Marzo » »
115	Moreno José I. Alvarez	Id.	28	» »	6 Abril »	Recidiva.
116	D. Juan González	Id.	21	» derecho	13 » »	Curado.
117	» Francisco Bufau	Coruña	19	» »	7 Mayo »	22 Mayo » »
118	» José Gómez	Santander	25	» izquierdo	29 » »	Curado.
119	Moreno José D. Correa	Habana	35	» »	3 Agosto »	Id.
120	D. Pedro Yáñez	Coruña	51	» »	15 » »	Id.
121	» Joaquín Aragón	Habana	31	» »	29 » »	5 Setiembre » »
122	» Aurelio Valdés Rodríguez	Id.	22	» »	20 Setiémbre »	Curado.
123	» José Abril	Cataluña	28	Doble	27 Octubre »	Id.
124	» José B. Rentén	Vizcaya	34	L. izquierdo	13 Enero 1888	20 Enero 1888.—C.
125	» Ricardo Mayorga	Habana	36	» »	8 Julio »	1 Agosto » »
126	» Manuel Pérez	Galicia	28	» »	21 Setiémbre »	Curado.
127	» Pedró López		...	» »	27 » »	Recidiva.
128	Moreno Andrés Papá		59	Doble	30 » »	Curado.
129	D. Antonio Piñeyro	Galicia	45	L. izquierdo	7 Dicbre. »	17 Marzo 1890.—C.
130	» Miguel Rodrígo	Habana	53	» »	12 » »	26 Febrero » »
131	» Luis Herrera	San José de las Lajas	30	» »	4 Enero 1890	Curado.
132	» Domingo Valdés	Habana	26	» »	11 « »	Id.
133	» Jaime Pereyra	Pontevedra	20	Doble	11 » »	Id.

Nº de casos.	NOMBRES Y APELLIDOS.	NATURALIDAD.	Edad.	Lado en que radicaba el tumor.	Dia en que se practicó la operación.	Resultado y dia en que se dió de alta.
134	D. Lorenzo Betancourt	Habana	30	Doble	11 Enero 1890	Curado.
135	» Juan José Marcardo	Vizcaya	50	L. izquierdo	25 » »	Id.
136	» Félix Fernández Granda	Astúrias	38	» »	1 Febrero »	Id.
137	» Domingo Córdova	Canárias	44	» »	19 » »	Id.
138	» Juan González	Galicia	53	» »	20 » »	Id.
139	» Juan Ruvira	Alfonso XII	47	Doble	15 Maryo »	Id.
140	» Gerardo Paga	Badajóz	25	L. derecho	22 » »	Id.
141	Pardo Hilario Sousa	Habana	42	Doble	25 » »	Id.
142	» José A. Cabello	Guanabacoa	36	L. izquierdo	18 Junio »	Id.
143	D. Dionisio Piedra	Bolondrón	23	» derecho	13 Julio »	Id,
144	» Juan F. Castaño	...	50	» izquierdo	8 » »	Id.
145	» Luis Alvarez Montaner	Canárias	54	» derecho	24 » »	Id.
146	» Juan González Posada	Cienfuegos	23	» izquierdo	4 Agosto »	Id,
147	» Bonifacio Martínez	Alquízar	25	» »	16 » »	Id.
148	» Edelmiro Fernández	San José de las Lajas	36	» derecho	20 » »	Id.
149	» Francisco Pérez González	Guatao	29	» izquierdo	13 » »	19 Agosto 1890.—C.
150	» Joaquín Alvarez	Astúrias	40	» derecho	8 Setiembre »	Curado.
151	Moreno Andrés Papá	...	59	» izquierdo	7 Octubre »	19 Octubre » »
152	D. Pascual Caput	Itália	32	» »	10 Dicbre. »	17 Diciembre » »
153	» Enrique Cano	Matánzas	27	» »	18 » »	Curado.
154	» Manuel Doval	Santiago de las Vegas	16	Doble	26 » »	Id.
155	» Luis Vanderbergle	Cádiz	57	L. derecho	26 » »	Id.
156	» Francisco Bear	Coruña	37	» »	12 » »	Id.

Hidrocéles operados por la inyección fenicada, fórmula del Dr. Plasencia, por el Dr. R. Menocal.

1880.

1 Mulato José Romero, derecho, curado, S. Juan de Dios 10, Fbro. 12.
2 Chino Juan Rain, id., id., id. 5, Mayo 11.
3 Id. José Antonio, izquierdo, id., id. 6, Abril 30.
4 D. Vicente Guerra, derecho, id., S. Dímas 15, Agosto 2.
5 D. Ignacio Bojes, id., id., id. 5, id. 26.
6 Negro Ambrósio Beltrán, id., id., id. 30, Setiembre 30.

1881.

7 D. Antonio García, derecho, curado, S. Juan de Dios 6, Enero 6.
8 D. Tomás Gómez Gómez, id., id., id. 32, id. 12.
9 D. José Milvelle Herrera, id., id., S. Ramón 1, Mayo 13.
10 D. José Rodríguez Moure, id., id., id. 4, Marzo 13.
11 D. Diego Hoyo Haro, id., id., S. Juan de Dios 54, Agosto 28.
12 D. José Matías Varela, id., id., S. Ramón 9, Junio 26.
13 D. N. N., izquierdo, id., Concordia 89, Octubre 28.
14 D. Miguel Pérez Hormigal, id., id., S. Ramón 15, Noviembre 4.
15 D. Lázaro Rodríguez, id., id., S. Juan de Dios 3, Octubre 20.
16 Negro Leopoldo Martínez, doble, id., S. Ramón 5, Noviembre 10.
17 D. Francisco Laurido Cereiro, derecho, id., id. 13, id. 14.
18 D. Santiago Montes, izquierdo, id., id. 60, id. 16.
19 D. N. N., derecho, id., Industria 50, Diciembre 29.

1882.

20 D. Francisco Núñez, derecho, curado, S. Ramón 14, Marzo 15.
21 D. Antonio Romero, izquierdo, id., S. Juan de Dios 42, Abril 15.
22 D. Pedro Pruchenoff, id., id., S. Ramón 10, Mayo 20.
23 D. Agustín Velázquez, id., id., S. Ramón 27, Junio 14.
24 Negro José Cabañas, derecho, id., S. Juan de Dios 48, Julio 17.
25 Mulato Rafael Andares, id., id., id. 26, id. 21.
26 Negro Isidoro, izquierdo, id., id. 16, Octubre 22.
27 Negro José Ríos, id., id., S. Ramón 8, Noviembre 18.

1883,

28 D. José Alvarez Martinez, izquierdo, curado, S. Cosme 11, Abril 4.
29 D. Ramón Otero Arnota, id., id., id. 15, id. 5.
30 D. Manuel Tosa Rodríguez, id., id., S. Ramón 21, Junio 19.
31 Negro Joaquín Hernández, id., id., id. 4, id. 28.

32 D. N. N., doble, curado, S. Ignacio 23, Junio 15.
33 D. Aurelio Suárez, id., id., S. Lázaro 252, Noviembre 18.
34 D. Francisco Orsina Pérez, derecho, id., S. Juan de Dios 25, Stbre. 9.
35 D. Emilio Suárez López, izquierdo, id., id. 40, id. 9.
36 D. José Basar, id., id., Habana 88, Noviembre 26.
37 D. Juan Carrasco Laguna, id., id., S. Ramón 26, id. 28.
38 D. Jaime García Folk, izquierdo, id., id. 2, Diciembre 4.
39 D. Tomás Grau, id., id., id. 1, id. 4.

1884.

40 D. Juan Muñóz Valdivia, izquierdo, curado, Luz 81, Marzo 29.
41 D. Eduardo Majana, doble, id., Someruelos 56, Abril 1º
42 Negro Miguel Blanco, izquierdo, id., Cantarranas, Junio 7.
43 D. N. N., id., id., Aguila 71, Julio 20.
44 D. Antonio Rodríguez Pérez, id., id., S. Pedro 5, Mayo 10.
45 D. Nicolás Díaz Alvarez, derecho, id., S. Juan de Dios 23, Marzo 24.
46 D. Santos López Alvarez, izquierdo, id., id. 35, Abril 12.
47 D. José González Gutierrez, id., id., id. 23, id. 16.
48 D. Vicente Real, doble, id., S. Ramón 22, Junio 5.
49 D. José Mª Dajuan, izquierdo, id., S. Juan de Dios 16, id. 25.
50 D. Antonio Blanco Deibe, doble, id., Quemados, Octubre 6.
51 Negro José Congo, izquierdo, id., S. Ramón 15, Abril 18.

1885.

52 D. G. R., derecho, curado, S. Ignacio 25, Abril 26.
53 D. Pedro Alvarez Giralt, id., id., Habana 27, id. 10,
54 D. Andrés Ramírez Roselló, izquierdo, id., Amistad 77, Julio 15.
55 Negro Epifánio Ruíz, id., id., S. Ramón 6, Enero 29.
56 D. Vicente Borgaño Fernández, id., id., S. Juan de Dios 13, Mayo 27.
57 D. Cárlos Peláez Medina, derecho, id., id. 16, Abril 8.
58 Negro Manuel Mausipe, izquierdo, id., S. Ramón 16, Mayo 27.
50 D. Fernando Alonso, id., id., S. Juan de Dios 8, Julio 23.
60 D. Manuel Cañedo, doble, id., S. Ramón 24, id. 23.
61 D. Tomás Rodríguez Cedrón, izquierdo, id., S. J. de Dios 5, Agto. 8.
62 D. Domingo Villaverde, id., id., Animas 180, id. 24.
63 D. Victoriano López Puentes, derecho, id., S. J. de Dios 9, Nbre. 12.
64 D. José Cano Rivero, izquierdo, id., Animas 1, Enero 26.

1886

65 D. Rafael Mariscal, derecho, curado, S. Ramón 41, Enero 12.
66 D. N. N., doble, id., O'Reilly y Habana, Febrero 8.
67 D. Mariano Díaz Núñez, izquierdo, id., S. Isidro 68, Mayo 27.

68 D. Miguel Cabanagh, izquierdo, curado, Puentes Grandes, Julio 5.
69 Chino Calixto Jimenez, id., id., S. Ramón 11, Enero 31.
70 Negro Leonardo Ramos, derecho, id., S. Joaquín 17, Abril 8.
71 D. Alberto Borrero Castillo, id., id., Villegas 68, id. 7.
72 D. Antonio Martínez, doble, id., Neptuno 152, Mayo 20.
73 D. Ramón Ruíz Betancourt, id., id., Enna 2; id. 25.
74 D. Pedro Montells Gil, izquierdo, id., Revillagigedo 151, Junio 10,

1889.

75 Negro Fernándo Pequeño, izquierdo, curado, Cárdenas 5, Marzo 4.
76 D. N. N., id., id., Consulado 91, Junio 24.
77 D. Alfredo Romay Rabell, derecho, id., Marqués González 3, Julio 20
78 Mulato Domingo Portocarrero, id., td., Gloria 89, Agosto 9,
79 D. N. N., izquierdo, id., Sagua la Grande, id. 10.
80 D. Pedro Mais, derecho, no curó, Belascoain 110, id. 20.
81 Mulato Andrés Fortún, doble, curado, Paula 72, id. 24.
82 D. Juan Calderín, izquierdo, no curó, Jovellar 9, Octubre 8.
83 Negro Marcelino Cairo, id., curado, Misión 63, Noviembre 22.
84 P. Vidal López, doble, id., Regla, Noviembre 27.
85 Mulato Leonardo Arroudo, id., id., Habana 102, Diciembre 1º
Total 85.—Derechos 29.—Izquierdos 44.—Dobles 12.—No curados 2.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra para argumentar al Dr. Ortíz.

Dr. Ortíz y Coffigni (de Matanzas): Manifiesta que, invitado desde hace algunos años, por el Dr. Casuso, ha tenido ocasión de operar suficiente número de hidrocéles, para formar opinión exacta; que, según el Dr. Plasencia, todas son ventajas para el procedimiento por el ácido fénico y, que, á su juicio, no es así; pues, si bien es verdad que la reacción inflamatoria es poca y el dolor cási nulo, no lo es ménos que la curación se opera con excesiva lentitud y que eso depende de la gran exudación de la vaginal, lo cual es muy importante porque, tratándose de hidrocéles, debe procurarse la mayor prontitud. En cuanto á la antisépsia empleada por el Dr. Plasencia, dice que la cree innecesaria porque, aparte de la pequeñéz de la herida, queda la misma inyección fénica que es antiséptica á igual grado que la que él emplea, y termina opinando que la única ventaja del tratamiento por el ácido fénico es la de evitar el dolor.

Dr. Vila, D. Alfredo: Opina que en el hidrocéle no puede admitirse, ni sentarse, un sólo tratamiento y, después de describir el proceso evolutivo de la vaginalítis hasta llegar al hidrocéle, afirma, por vía de deducciones, que por lo mismo que el tratamiento es bueno para las vaginalítis simples, no debe recomendarse en la forma absoluta que se hace, y en comprobación de sus opiniones cita un caso, en el que tuvo que hacer el *raclage* y termina admitiendo como bueno el tratamiento

por el ácido fénico bajo el punto de vista relativo á la naturaleza de la afección.

Dr. Casuso: Dice que se complaee en felicitar á su amigo y compañero el Dr. Plasencia por su trabajo.

Opina que éste es demasiado absolutista y por ello, siendo él lo contrario, se ven tan amenudo en extremos muy distantes; que él se aparta de los extremos porque cree que los términos medios deben ser siempre la regla general y que lo demás debe arrimarse á los casos particulares.

Le objeta como un error de escritura ó lectura, el propósito de unir ó poner en relación la lámina anterior con la posterior del escroto, siendo las de la vaginal las que se unen. Afirma que el punto de la inocuidad no está demostrado con el número de 100 y pico de casos que cita, pues no es, ni mucho ménos, suficiente para anteponerlo á las cifras superiores que arrojan otros procedimientos empleados, conocidos y que son aún más ventajosos. Agrega que él ha visto complicaciones de hematocéles, esfacelos y, por último, lo mismo que tan oportunamente ha señalado el Dr. Ortíz y Coffgni, de Matanzas. Además, dice el Dr. Casuso, en el trabajo del Dr. Plasencia se trata de un líquido lechoso como vía de seguridad para esperar el resultado curativo y, sin embargo, no se cita el número de casos, lo cual cree muy importante para la determinación del mérito, y se pregunta si el número de hechos del Dr: Plasencia podrá ser suficiente para decir que su tratamiento sea el mejor, declarando por su parte que no lo cree así porque las recidivas son más frecuentes de lo que se supone.

Dr. Semprún: Apoya las opiniones emitidas por el Dr. Casuso y opina que para una enfermedad como el hidrocele todos los tratamientos son buenos y malos.

Cita el procedimiento del Dr. Rúbio, de Madrid, por el cual se provoca una irritación, de naturaleza séptiea; proceder que describió diciendo que preparaba el mismo líquido vaginal, cargándolo de piococcus é inyectándolo después y que la reacción inflamatoria consecutiva era tremenda; no pudiendo decir más porque no volvió á ver al enfermo.

Dr. Dueñas: Dijo que había operado siete hidrocéles por medio de la inyección fenicada; el primero de ellos hace seis meses, habiéndose reproducido el derrame á eausa, probablemente, de ejercicios violentos y prematuros: que, en cámbio, en un easo recientemente operado con el Dr. Borrero, por la inyección yodada, la inflamaeión consecutiva pareció eternizarse; de modo que, aún cuando ámbos procedimientos espongan á los mismos accidentes, se cree autorizado á preferir el primero, en vista de su pequeña estadística, por ser más cómodo para el operado.

El Sr. Presidente: El Dr. Plasencia tiene la palabra para replicar.

Dr. Plasencia: Manifiesta que él no ha dicho que su tratamiento del hidrocéle por el ácido fénico sea mejor, ni peor, que los demás y que al referirse al yodo fué porque con su procedimiento se propuso corregir los males que determina este.

Contesta al Dr. Ortíz que, no sabiendo el número de casos operados por él, no puede hacerle comparaciones, y que ha leido y sabe que cualquier tratamiento que se siga permite siempre un retorno de líquido.

Se manifiesta de acuerdo con el Dr. Vila, y, en comprobación de sus observaciones, hace algunas citas análogas.

Refiriéndose á la argumentación del Dr. Casuso dice, que jamás se ha tenido por exclusivista y que, no considerando su trabajo de esa índole, cree que el que siempre se coloca en el extremo opuesto es el Dr. Casuso, asegurando que en su aludido trabajo no hace más que presentar y defender lo que ha estudiado y le dá buenos resultados y termina mostrando su conformidad con el criterio del Dr. Dueñas.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Sr. Secretario, Dr. López.

Dr. López: Dá lectura á una carta presentada por el Dr. Fernández Ibarra, suscrita por Mr. Clark Lee, Presidente de la Sociedad de Medicina Legal de New-York, en la que lo acreditaba de Comisionado para su concurrencia al Congreso.

Con este motivo, el Sr. Presidente recomendó que, en prueba de cortesía y deferencia á la referida Sociedad, se concediera al Dr. Fernández Ibarra el inmediato turno para la lectura de un trabajo de Medicina Legal que deseaba presentar al Congreso.

Aprobada por unanimidad la anterior proposición y con la vénia del Sr. Presidente, ocupó la tribuna el Dr. González Ibarra y leyó un trabajo titulado:

«Notas clínicas y observaciones sobre el nacimiento de un feto doble.» (1)

Después de su lectura, que llenó tres veces el tiempo reglamentario por expresa condescendencia del Congreso, á petición del Sr. Presidente, y suprimida su discusión por las razones de cortesía ántes empleadas con otros, hicíeron uso de la palabra los Dres. Aróstegui y Vesa para suplicar al Dr. Fernández Ibarra que significara en el seno de la Sociedad por él representada, la expresiva atención que se le había dispensado.

El Dr. Plá: propuso un voto de gracias á la Sociedad de referencia por haber enviado un representante, sin prévia invitación; que fué

(1) No ha sido posible publicarlo porque su autor no lo entregó en la Secretaría; y no se dá en estracto porque, confiando que dicho trabajo se entregaría para su inserción en esta obra, no se tomaron las notas correspondientes.

aprobado y enmendado con la adición hecha por el Dr. Saenz Yanez, de que hiciera constar que su trabajo no se había discutido, ni aún emitido opinión sobre él, por pura deferencia á la comisión de que aparecía investido.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Cuervo para dar lectura á su trabajo:



Nota sobre dos luxaciones traumáticas de la rótula.

Por el Dr. Cuervo y Serrano. (Sancti-Spíritu.)

Sr. Presidente: Sres.:

Con la presente nota sólo pretendo contribuir á la realización del primer Congreso Médico que ha de tener lugar en nuestra Isla y cuya idea, llevada á cabo, debe ser motivo de justas y sinceras felicitaciones para la Sociedad de Estudios Clínicos, que lo ha iniciado.

Al decir de los autores, las luxaciones de la rótula son raras y su reducción difícil. Boyer se queja de no haber encontrado sino un pequeño número de observaciones desprovistas de detalles que puedan dar una idea exacta de las mismas; él y Cooper solo han observado una, y Dupuytren tres, á pesar del vasto campo de observación de estos autores. Vidal no cita caso alguno de su práctica y habla de este accidente por referencia. Mi venerable colega el Dr. Manzini, cuya práctica en esta Isla data de 1843, según me dice, recuerda uno sin los detalles; el Dr. Cuervo y Alvarez, mi padre, médico desde 1835 y en Sancti-Spíritus desde 1838, con una clínica numerosa, me asegura haber visto este accidente, aunque no con frecuencia.

También aseguran los autores que las primeras tentativas de reducción han sido casi siempre infructuosas, y citan á Valentín como el que mejor ha dado á conocer el procedimiento que en tales casos debe emplearse; consiste en levantar más ó ménos la pierna hasta poner en flexión el muslo sobre la pélvis para después deprimir y empujar el borde saliente de la rótula en sentido opuesto al de la luxación. Malgaigne, (*Traité des fract. et des luxat.* t. II p. 902 á 938) hace un magnífico estudio sobre las luxaciones de la rótula, pasando revista detenida á sus diferentes formas; empieza por las traumáticas, asegurando que son muy raras, circunstancia que le explica la oscuridad de su historia, y refiere casos en que algunos cirujanos han recurrido á medios cruentos, y entre ellos, el corte del tendón tibio-rotuliano, sin conseguir por eso éxito alguno.

La rareza con que se presentan estos accidentes y las dificultades con que se ha luchado para su reducción, me han decidido á enviar

mis notas sobre dos casos de luxaciones traumátícas de la rótula, los únicos que he observado en el intérvalo de 20 años.

El primero se refiere á un colega, el Dr. Fernando Cáncio y Madrigal.

1ª Observación.—El 27 de Julio de 1884, iba á caballo por una de las calles de esta ciudad, á paso corto, con la cara vuelta á la derecha, atendiendo á uno que le hablaba; otro ginete venía en sentido opuesto y un borde metálico de su montura chocó contra la rótula izquierda de nuestro amigo, que, enseguida se vió obligado á detenerse por el violento dolor que le ocasionaba el paso de su caballo. Quiso desmontarse pero no le fué posible; hubo que ayudarle. Trasladado á la casa más inmediata se le acostó en una cama, dándose cuenta entónces de que en lugar de la cara anterior de la rótula, se encontraba una cresta muy proeminente. Varios compañeros practicaron, sin éxito, tentativas de reducción, durante dos horas. Solicitado entónces mi concurso, me enteré de los antecedentes que acabo de referir, recogiendo las siguientes impresiones.

El paciente se encontraba acostado boca arriba, y cualquier movimiento de la pierna izquierda le producía dolores insoportables: á la simple vista se observaba una eminencia, en forma de cresta, en lugar de la rótula: haciendo descender el dedo índice por la parte interna se podía observar la porción de la tróclea femoral correspondiente al cóndilo interno, existiendo una depresión que formaba ángulo con la rótula; pasando el dedo en la dirección opuesta, ó sea reconociendo la cara que anormalmente miraba hácia afuera, se pudo comprobar la cresta posterior, si bien no en toda su longitud. Existía, pues, una luxación en que la cara anterior de la rótula se había hecho interna, con enclavamiento del borde interno, que se había hecho posterior. El tendón del recto anterior y su porción tibio rotuliana estaban tirantes y con la oblicuidad consiguiente.

Practiqué algunas tentativas de reducción haciendo levantar el pié por un ayudante, pero sin llegar hasta la flexión del muslo sobre el vientre y tratando de deprimir la eminencia anormal hácia el cóndilo externo para empujarla después hácia adentro, sin obtener otro resultado que desesperar al paciente.

Después de un pequeño intérvalo, intenté el siguiente procedimiento que fué seguido de un resultado inmediato.

Sostenido el pié del mismo modo que ántes y colocado yo junto al muslo izquierdo, apliqué mis dos pulgares por encima de la rótula, ó sea, en el punto de inserción del tendón del recto anterior; imprimí una presión gradual, empujando la rótula en dirección al pié y entónces se redujo con la velocidad de un proyectil y sin molestia notable para el enfermo, apénas había empezado la presión.

Permaneció acostado, aplicándose compresas de aguardiente hasta las 24 horas, que se trasladó á su casa en un carruaje sin sentir molestia alguna; no volvió á ocuparse de su pierna.

A los 8 dias quiso bailar y observó que su articulación no funcionaba con la necesaria ligereza: hubiera sido prudente renunciar por entónces á la danza; pero nuestro galante compañero prefirió atender á su dama, olvidando su rótula y bailó toda la noche.

En los días subsiguientes sintió débil la articulación, observando que al caminar el pié avanzaba algo más de lo que él se proponía, lo que vino á desaparecer por completo á los tres meses.

2ª Observación.—En el segundo caso se trata de un pardito de 12 años, J. Venegas, bien constituido. El dia 11 de Octubre próximo pasado, al salir á caballo por la puerta de una finca, chocó con ella bruscamente su rodilla izquierda, sintiendo enseguida un dolor intenso, que le impidió seguir la marcha: fué necesario desmontarlo y lo condujeron á esta ciudad en la tarde del mismo dia. Puesto bajo la dirección de mi ilustrado amigo el Dr. García Rijo (D. Rudesindo) practicó varias tentativas de reduccion, que fueron dolorosas y sin otro éxito que haber logrado inclinar el borde prominente un poco hácia afuera. Solicitó mi concurso, proponiéndose nuevas tentativas después de someter el enfermo á la acción del cloroformo.

Encontré el mismo aspecto que en la primera observación, con la única diferencia de percibirse más francamente la faceta articular externa y la cresta rotuliana posterior. Propuse á mi colega intentar el mismo procedimiento, lo que aceptó de buen grado. Sosteniendo yo la pierna en extensión, hizo presión García Rijo con sus pulgares, empujando la rótula hácia el pié, lo cual fué seguido de la reducción, tan rápida como en el primer caso: tambien el dolor fué insignificante encontrándose enseguida el paciente sin molestias.

El dia 3 de Diciembre volví á verlo: conserva algún abultamiento de los tejidos intrarticulares sin que acuse dolor alguno.

Las consideraciones que se me ocurren se refieren

1º al mecanismo de la luxación.

2º al lugar del enclavamiento.

3º al obstáculo para la reducción.

4º al mecanismo de la reducción.

1º *Mecanismo de la luxación.*—La conformación anatómica del cóndilo interno hace que el borde de la rótula sobresalga más por el lado, circunstancia que la expone más por ese punto á las violencias exteriores: colocada la pierna en un estado de semi-extensión, el choque la empujó hácia afuera, y, en consecuencia, la rótula debió resbalar en dicha dirección sobre la porción correspondiente de la tróclea, algo más elevada que la opuesta: la acción de los músculos recto ante-

rior y vasto externo, predominando sobre la del interno, debieron ejercer tracción sobre el hueso y determinar la inclinación del mismo, suficiente para que la faceta interna llegara á adaptarse á la superficie articular-externa de la tróclea.

2º *Lugar del enclavamiento.*—El borde interno de la rótula se enclavó en la ranura central de la polea? ¿Subió más allá, alojándose en la depresión supra-condiloidea (hoyo supra-condiloideo de Malgaigne?) Sobre este punto tengo que decir que al presente no puedo pronunciarme definitivamente, y si nuevos casos se presentasen á mi observáción procuraré aprovecharlos en este sentido.

3º *Obstáculos para la reducción.*—Sea cualquiera el lugar del enclavamiento cuando se intentó verificar la reducción, deprimiendo el borde saliente de la rótula, la cresta de su cara posterior debió jugar un papel importante por formar un ángulo cuya resistencia hay que vencer. Por otra parte, si la ranura de la polea alojaba el borde del hueso luxado, la porción interna de la misma debió también oponerse á los movimientos que se pretendían imprimir hácia ese lado. Si el enclavamiento fué supra-condiloideo, entónces hay que aceptar la opinión de Malgaigne que lo atribuye al tejido adiposo de ese punto que se hincha y rodea el hueso.

4º *Mecanismo de la reducción.*—Empujando la rótula hácia abajo se la coloca en el punto más ancho de la polea. Suponiéndola enclavada en la depresión supra-condiloidea, con la dirección que se le imprime se le hace entrar fácilmente en la tróclea y una vez colocada en el punto más ancho de esta, las fibras musculares del vasto interno se contraen en su dirección, en cuyo momento recobra bruscamente el hueso sus antiguas relaciones.

De todo lo que antecede resulta, que el procedimiento seguido en los dos casos citados ha sido sencillo y rápido, siendo insignificante la molestia del paciente; por lo cual creo que debe emplearse en casos iguales, ántes de recurrir á otros más molestos. Las observaciones que en lo sucesivo puedan presentarse servirán para completar su estudio.

Ei Sr. Presidente: Queda abierta discusión sobre el trabajo que se acaba de leer y en el uso de la palabra el Dr. Reinery para argumentar.

Dr. Reinery: Dice que, á la vez que cumplir un deber cariñoso con el amigo y compañero, le era forzoso celebrar la clase de trabajo presentado por el Dr. Cuervo, pues es, sin duda, de los que más encajan en la índole propia de los trabajos de Congresos médicos y termina proponiendo que se le tributara un aplauso, á cuya indicación correspondieron casi todos los compañeros presentes.

El Sr. Presidente: No habiendo ningún otro que desee hacer uso de la palabra, se le concede al Dr. Cuervo.

Dr. Cuervo: Dá las más cumplidas grácias al Congreso y particularmente al Dr. Reinery y dice que su única aspiración al presentar sus observaciones fué la de cumplir con la naturaleza del Congreso, procurando servirla sin cansar su alta y honrosa atención.

El Sr. Presidente: Corresponde el turno al Dr. Mádan, de Matanzas, para leer su trabajo.

Conjuntivitis Edematosa, dependiente de la arteri-esclorósis.

Por el Dr. Domingo Madan.

Después que fijamos nuestra atención en los trastornos visuales dependientes de la albuminuria latente, hemos podido comprobar otras manifestaciones oculares tributarías también, á nuestro modo de ver, de la arteri-esclorósis generalizada, y creemos hacer obra útil sometiendo á vuestra ilustrada consideración los dos casos siguientes con las reflexiones que nos surgieren.

Un señor, de sesenta y ocho años, nos consulta por una molestia de sus ojos, que se ponen lagrimosos con pesadéz en los párpados y ligero dolor, sin inflamación visible de las membranas externas. Un lente del número diez para la lectura y su vista no sufre alteración alguna. Sin encontrar lesiones que pudieran acreditar otra afección ocular, creímos que se trataba de una conjuntivítis hiperémica simple, recrudecida por la oclusión de los párpados durante el sueño, vista la especie de intermitencia del malestar experimentado, que se acentuaba sobre todo en las primeras horas de la mañana. Algunos meses después volvimos á ver á este enfermo en unión de su médico habitual; presentaba entónces el cuadro sintomático de una afección cardi-aórtica. Al edema de las extremidades inferiores, que invadía el tronco, se había unido la disnea cardiaca con sensación de barra opresora del tórax, pulso lento y vibrante y después de alternativas várias el enfermo sucumbía con los dolores anginosos própios de una miocarditis que que durante algún tiempo se manifestó varias veces por períodos de arterio-cárdis-vascular, eficazmente combatidos con el régimen lácteo, los yoduros y la espartéina. En los últimos días la manifestación ocular se hizo más patente; la cara abotagada del cardiaco no presentaba el edema interpalpetral de los nefríticos; pero en la conjuntiva bulbar se notaba un edema marcado que daba al ojo un aspecto brillante de humedad, y el dolor sobre los párpados se había convertido en iutenso sufrimiento que impedía el sueño del enfermo. Durante todo el curso de su enfermedad conservó su vista y no presentó los fenómenos de amaurósis urémica, ni de retinítis própios de los *braígticos* aunque la

disminución notable en la cantidad de orina, sin albumiruria, denotaba la insuficencia de la función depurativa del riñón.

En condiciones comparables vimos algún tiempo después otro enfermo de cuarenta y ocho años de edad, que nos consultaba también para un malestar con pesadéz de los párpados y ligero lagrimeo que le obliga á suspender por momentos su trabajo para procurarse un descanso que alivie su sufrimiento. Usa lentes desde hace tiempo para la lectura y con ellos desempeña sus ocupaciones en una casa de comercio, sin notar disminución en su vista. En este enfermo tampoco se notaba otra cosa que la falta de relación entre los síntomas subjetivos y los que la inspección directa podía descubrir. Se reducían éstos á un estado congestivo de la conjuntiva bulbar, que atribuimos á una conjuntivitis catarral provocada por un enfriamiento que sufrió el enfermo poco tiempo ántes con motivo de un viaje en que, á causa del mal tiempo reinante, permaneció todo un día con sus vestidos humedecidos. Lo importante para nosotros en este enfermo debió ser que un hermano había muerto de albuminuria con fenómenos visuales que iniciaron su enfermedad y recordando este antecedente hicimos un interrogatorio buscando los signos de una afección venal sin encontrar ninguno, del mismo modo que el exámen oftalmoscópico nos permitió comprobar la integridad del fondo del ojo. Fundado en este resultrdo negativo del exámen que entónces hicimos descuidamos el análisis de los orines, y ¿cual no sería nuestra sorpresa al saber tres meses después que este enfermo es un albuminúrico y que, preocupado hoy por el estado de sus orines, ha olvidado casi por completo su malestar de ojos, que permanecen sin embargo en el mismo estado.

Se trataba en estos dos casos de una enfermednd de Brigth, de principio lento ó insidioso? No lo creemos. Porque aunque nuestros enfermos han presentado trastornos imputables a una lesión del riñón los síntomas oculares no tenían los caractéres comunes de los amaurósis y de las retinítis própias del mal de Brigth. Sus fenómenos principales constituyen el síndrome clásico estudiado por el médico inglés, la albuminúria, la uremia y el edema generalizado á los cuales corresponden las alteraciones contingentes del grueso riñón y del corazón hipertrofiado. Pero las expresiones riñón-cardiaco y corazón venal denotan en clínica las relacionés patológicas de estos dos órganos sometidos á la influencia de un mismo proceso morboso, que se presentan con caractéres mixtos, semejantes ó parecidos á los descritos por Brigth.

Ahora bien, las lesiones oculares que se presentan en las formas crónicas del mal de Brigth, con un pequeño riñón esclerosado, corresponden á las alteraciones vasculares que se manifiestan en los capilares y arteriolas de la retina sometidos al mismo proceso de esclerósis

vascular y á la alta presión dependiente de la hipertrofia cardiaca. Deben considerarse, por consiguiente. como expresión local de una misma lesión arterial generalizada á los peque os vasos periféricos y que constituyen el conjunto patológico descrito desde hace algún tiempo con el nombre de arteri-esclorósis; de la misma manera que las nefrítis interticiales con esclorósis del riñón deben atribuirse á una localización en los vasos venales de la arteri-esclorósis generalizada.

Así podemos interpretar los fenómenos presentados por nuestros enfermos. En el primero se veía el desarrollo de una cardiopatía arterial compatible con la vida, mientras la tensión vascular permitía el equilibrio funcional de la circulación periférica y visceral, y los síntomas oculares que presentó sin las primeras manifestaciones de la artería cardio-vascular que en diversas ocasiones pudo ser combatida·

En el segundo enfermo podemos decir también que los fenómenos ocularos dependían de la misma causa. La arteri-esclorósis se manifiesta en su primer período por el espasmo natural y trastornos transitorios de la circulación capilar periférica. En este período, sorprendido el enfermo por el sufrimiento á que puede atribuirse la explosión de su enfermedad, sufre su riñón la influencia directa de una causa ocasional que provoca una congestión glomenular y origina la albuminuria, rompe el equilibrio de la circulación periférica regulada por la hipertensión arterial y la arteria vascular, que se inicia por los fenómenos oculares, se presenta más marcado cuando se descubre su albuminúria porque el enfermo sentía un debilitámiento general que motivaba el exámen de su orina.

Los fenómenos oeulares de la arteri-esclorósis, interpretados de esta manera, vienen á establecer un tipo caraterístico demostrado por los accidentes que las enfermedades del corazón originan en el aparato ocular. Recuérdese, por ejemplo, la importancia que da Peter al exámen del ojo externo en su magistral estudio de la endo-arterítis y los casos que cita de una hemorrágia intraorbitaria provocada por la ruptura de una de las arterias ciliares en una enferma y el caso del magistrado examinado por Desmarres con una hemorragia de la retina, seguida tres años después de una hemorragia cerebral fulminante. De la misma manera German Sée, en su tratado de enfermedades del corazón, establece entre las formas anormales, un tipo ocular fundado en las observaciones de Galezowski, y otros oculistas.

Estos casos se refieren todos á lesiones cardio vasculares con hipertensión arterial en quo la esclorósis capilar, favorecida por la hipertrofia cardiaca, da origen á los fenómenos de apoplegía ó hemorragias oculares pueden considerarse como expresión inicial de la arteria cardio-vascular, accidente frecuente y generalmente terminal de la arteri-esclorósis generalizada.

La novedad de nuestra comunicación consiste únicamente en la interpretación patogénica de esta especie de conjuntivitis persistente, edematosa que no había escapado á la sagáz observoción de Brigth. En efecto, Lecorché y Talamu en su reciente obra, describen según Barlow el ojo de Brigth de la manera siguiente, en sus formas crónicas de principio insidioso.

«El ojo aparece brillante, lagrimoso, como mojado, parece que una lágrima brilla en el ángulo del páлpado, pero examinando con cuidado se vé que la conjuntiva está hinchada y que la serosidad se ha infiltrado entre la esclerótica y la mucosa ocular. El edema subconjuntival puede observarse solo; pero en lo general está asociado á un poco de hinchazon de los párpados inferiores.»

Al atribuir nosotros alguna importancia é este signo, revelador de la arteri-esclorosis, por la inminencia de los accidentes que puede anunciar, no pretendemos hacer opinión nueva en un asunto que ocupa y reclama la atención de los clínicos; solamente hemos tratado de darle el valor que creemos corresponderle en la práctica diaria.

El Sr. Presidente: Tienen la palabra los Dres. Lopez y Santos Fernández.

Dr. López: Celebra y felicita al Dr. Mádan y asegura ser cierto que en el mal de Brithg se presentaba el edema de la conjuntiva bulbar y como prueba por su parte, cita un caso de su clínica en el qne comprobó una *retinítis braigtica*, típica.

Dr. Santos Fernández: Felicita al Dr. Mádan con tanto más motivo, por cuánto que no ha podido observar lo espuesto por él sino en muy contadas ocasiones; dice que el caso referido por el Dr. López tuvo ocasión de examinarlo cuando aún no presentaba los síntomas por este profesor observados y termina manifestando que, á su juicio, es de más valor la clínica general que la especial para ciertas cuestiones.

El Sr. Presidente: El Dr. Madan tiene la palabra.

Dr. Madan: Dá las gracias y agrega aigunas consideraciones ácerca de lo manifestado por los Dres. López y Santos Fernández.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Bellver para su conferencia.

Contribución al estudio de la fiebre amarilla.

Por el Dr. Bellver.

Sr. Presidente: Sres.:

Reclamo toda la benevolencia de que este ilustrado Congreso se encuentra saturado, por no haber tenido necesidad de concederla á los notables y elocuentes trabajos hasta el momento presentados: supri-

miendo exórdios entro en la exposición, prometiendo ser sintético y encerrar tan extenso trabajo en los límites reglamentarios.

A mi llegada á esta Isla en 7 de Enero del 75, aprovechando unos dias que permanecí en esta capital, antes de salir para mi destino, campamento de Sandoval, Trocha Militar de Júcaro á Morón, pude enterarme que en etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento del terrible azote de extraños y... propios reinaba la *harmonía más inharmónica;* es de naturaleza miasmática, zooparasitaria, filoparasitaria, cámbios en la composición humoral, en el predominio de los órganos y funciones asimilatrices y desasimilatrices, enfermedad general, local, etc., etc.: diagnóstico fácil, difícil, pronóstico optimista, fatal, tratamientos... ¡el cáos terapéutico entre los hombres de ciencia!; entre el vulgo en medicina, un tratamiento que dominaba por completo el mal, cuando no intervenían los médicos, al que por ser empleado por los detallistas de víveres, y en general, por todos los dueños de establecimiento comercial ó no en sus dependientes, se le conocía y conoce con el seudónimo de «Tratamiento de los bodegueros»: tan mal impresionado quedé, que me prometí no hacer intervenir en el tratamiento de mi indivíduo, si desgraciadamente llegaba á ser *caso*, á ningún *enemigo* que pudiera perturbar los esfuerzos de mi organismo en la lucha con la enfermedad: aislado en un campamento," á los dos meses el síndrome inicial de un proceso febril; no permitió se avisase á nadie: purgantes, limonadas y dieta, y afortunadamente tengo el honor de dirigiros la palabra en estos momentos.

Destinado el 77 de Gefe de Clinica en el Hospital de esta Plaza fuí encargado de la Clínica Quirúrgica, convirtiéndose al poco tiempo, por los casos que en ella se presentaron y por estar próximo á la entrada del establecimiento y ser la más conveniente para alojar los enfermos graves en Clínica de medicina en la que se dominaba la fiebre amarilla: ¡qué situación tan angustiosa la del medico, obligado por su misión á defender las vidas que se le confian, y verse impotente y desarmado ante ese horripilante mal! El desaliento se apodera del espíritu más bien templado en la frágua del sufrimiento! Hecho un tupido velo sobre aquellas numerosas víctimas de la ignorancia de la ciencia en el momento histórico referido y, como todo tiene su compensación, sírvales de desagrávio nuestras honradas miras, nuestros comunes esfuerzos, nuestra tenáz é incesante lucha en todos terrenos, sacrificando afectos é intereses, para restar á la Parca esa pujante juventud en que se ceba.

Algo provechoso creí recabar de situación tan] desairada: el hecho casi constante de que desde el inicio del mal existían lesiones en el estómago é intestinos que, confirmado en las necrópsias, empezó á generar mi creencia: el hecho de dos casos que terminaron por la muer-

te que durante el acto evolutivo no acusaron trastornos gástricos y, en cámbio, se presentaron por parte del intestino, sensibilidad exagerada y deposiciones borrosas, hallando en la autópsia macroscópica que el ensanche del tubo digestivo estaba en su integridad y el intestino con las lesiones peculiares, convirtieron mi todavía débil creencia en opinión firme de que el tubo digestivo era asiento primitivo del mal, que podían tener más ó ménos extensión las lesiones locales, según que el agente organizado que las provocaba se implantara en el estómago, como en general observaba, propagándose al tráctus intestinal ó pasando á través de aquél, sin afectarle, fijándose en este: el mecanismo de las lesiones secundarias no podía explicarme estas líneas divisorias en los órganos.

Formulé para mi gobierno el siguiente juicio: las enfermedades de género miasmático no tienen la propiedad de ser contagiosas y un caso estrañado del foco no puede constituir epidemia: la historia de la fiebre amarilla cuenta con bastantes hechos en que esta circunstancia está plenamente demostrada; no es, por tanto, de ese orígen: para que ello así se verifique es preciso que el agente patogenésico se reproduzca y multiplique: los séres orgánicos únicamente reasumen esta virtualidad y dentro, por tanto, de la teoría panspermiana, la fiebre amarilla es una infección local del tubo digestivo con auto-intoxicación concomitante; consecuente con esta opinión, tracé mi plan terapéutico empleando los agentes que más adelante expondré, llegando en 12 de Agosto del 78 hasta practicar la transfusión con prévia deplesión, como para los envenenamientos invencibles, por los medios comunes aconseja en su monografía sobre la trasfusión Mr. Julien, operación de común acuerdo con mi querido hermano D. José, Médico Mayor personal también del Cuerpo de Sanidad, en el Comandante Capitán de Ingenieros D. Alfredo Cortés, enfermo que fué asistido por el justamente reputado clínico Sr. D. Antonio Pardiñas, digno Jefe del Cuerpo hoy en esta Antilla, dándose el sublime ejemplo de prestarse á proporcionarnos la sangre que pudiéramos necesitar, sin limitaciones, todos los soldados del Cuerpo de Ingenieros que estaban presentes, unos 100; rasgo admirable que fué debidamente recompensado, otorgando por R. O. la Cruz de Beneficencia al que elegimos, y consignándose en la Orden del Cuerpo para toda la fuerza tan expontáneo y núnca bastante ensalzado rasgo.

Los estúdios bacteriológicos de estos últimos años vinieron á apoyar mis apreciaciones, y conocidos son, en primer lugar, los de mi querido amigo el modesto cuanto ilustrado bacteriólogo Dr. Tamayo, los del eminente Dr, Gibier, los del simpático y sábio Dr. Sternberg, los del Dr. Clairac, distinguido médico militar, que honra nuestro Cuerpo, auxiliado del inteligente farmacéutico militar Sr. Castro. Estos

estudios, bien conocidos del Congreso, dan en síntesis la resultante de que la sangre es estéril, el tubo digestivo constantemente fecundo en numerosos y variados gérmenes, y el hígado y riñones algunas veces, deduciéndose de ello, que la infección no es general: que en estómago é intestinos radica la localización, y que así como este es un terreno apropiado para cultivos, el hígado y riñones carecen de estas circunstancias abonadas y se puede considerar la presencia de gérmenes en ellos como accidental, dadas sus funciones reductoras y eliminadoras.

Los distinguidos, ilustrados y laboriosos investigadores Dres. Finlay y Delgado, si bien encueniran con su técnica en la sangre y otros líquidos, un micrococo «Tetrágeno,» que le asignan el papel de patógeno y esto aminoraría el valor de mis apreciaciones, no le conceden hoy más que importancia muy secundaria, pues admiten que el proceso de que es causa, es la forma leve de una fiebre, que obedece á cualquiera métodos racionales, contando al espectante entre ellos, y que cuando las formas graves se presentan, es debido á una infección secundaria ascendente, por el bacilus *coli* determinada, que, siendo de ordinario inofensivo, adquiere gran virulencia en el terreno laboreado por su «Tetrágeno»: resultando, con un prólogo breve, el mismo sangriento drama que si esta infección secundaria localizada, fuera la inicial de que ántes me ocupé.

Claramente y sin violencia se desprende de lo expuesto, que la bacteriología, en el foco principal de cultivos de fiebre amarilla, dá en una ú otra forma la resultante etiológica de infección del tubo digestivo, con auto-intoxicación por los productos de la función vida del agente infectante.

Estamos, pues, los Clínicos de enhorabuena; dejemos á tan ilustres bacteriólogos españoles y extranjeros que, haciendo siembras en los distintos medios de cultivo, decidan el problema con técnicas rigorosas, y de mancomún nos presenten al reo convicto y confeso, con su cédula de vecindad en toda regla expedida y refrendada, y, bien sea el traidorzuelo *coli* que se revela, celoso del alojamiento del simpático «Tetrágeno», y olvidando las más elementales reglas de agradecimiento, atento á la vida de su galante y antiguo hospedero, ó bien el A. B. C...... Sternberg, bien el vibrión Tamayo, Semprun, que en primer término abren la escena, y, multiplicándose fabulosamente, determina con sus ptomaínas ó diastásas microbianas la toxihémia; abordemos el problema práctico de vital interés, estableciendo una terapéutica en consonancia con los principios que la Ciencia moderna sanciona para esta clase de infecciones.

Este fué el problema que ha ocupado constantemente mi ánimo y que pudo emprender en buenas condiciones desde 1º de Junio del 87,

en que, de regreso de la Península, entré en función activa, después de un interregno de cuatro años.

Mis primeres ensayos antiguamente fueron con las sales de quinina y percloruro de hierro á dosis antisépticas, y el salicilato de sosa como hiperoxidante solubilizador, lavando en primer término el canal alimenticio y sosteniendo la diálisis con las limonadas cremorizadas. En la segunda época, por su órden: calomelanos, naftalina y naftol, con prévio por los purgantes, sulfato de sosa, y bebidas ácido laxantes: el silicilato de sosa, factor constante.

Afiladas las armas al llegar al naftol, en Marzo del 88, adopté la siguiente conducta: (advierto que en mis enfermos se dio principio al tratamiento desde dos horas como mínimum á doce como máximum) 50 á 60 gramos de sulfato de magnesia en 300 de agua edulcorada, en general bien tolerado y seguido da abundantes cámaras: pasadas dos horas, un sello, conteniendo medio gramo de naftol é igual cantidad de salicilato de sosa, que se repite con el mismo intervalo durante los dos primeros días clínicos de la enfermedad, sustituyendo al tercero el de sosa por el de bismuto para comprobar si la asépsia está bien establecida, alejando ya en este día y en el siguiente las dósis, según lo que resulte de la observación, suspendiéndola si, del tercero al cuarto, se presenta apirético, ó continuándolas alejadas á cuatro horas ó seis si la temperatura oscila entre 37°5 y 39°; del quinto día en adelante, solamente limonadas cremorizadas del tiempo ó frías, según el gusto del enfermo, estableciendo una alimentación gradual, según los casos, pasado el tercer día, de caldos, vinos de Jerez, leche, sopa, etc.

Si el proceso tóxico continúa á pesar de todo, bien por radicar la infección en terrenos muy favorables, bien por la virulencia del agente en las distintas épocas del año, bien por ámbas y el más ó ménos tiempo perdido, una hora, diez, veinte, según las circunstancias, tendrán ó nó valor, y la toxihémia y trastornos funcionales, con sus naturales consecuencias, no pudieran ser vencidos y la muerte fuera el resultado del juicio pronóstico, por lo que á mí concierne, siempre que pueda adquirir sangre humana en buenas condiciones y cantidad suficiente, practicaré la transfusión con deplesión prévia.

Me ha parecido observar que, además del sindrome inicial común á varios procesos febriles, con los que en sus albores pudiera confundirse la fiebre amarilla, es de gran interés diagnóstico la tumefacción y color de las encías: presentan en ésta los caractéres que apunto: tumefacción, color vinoso de la encía con festoneado más vivo, velándose la mucosa por una ligera capa blanco-sucio semitrasparente á las 6 ú 8 horas de la invasión; caractéres constantes que no he podido constatar en las dichas fiebres gástricas, inflamatorias, gastro biliosas, etc., en estúdios comparativos con enfermos á la vista: esto y la discrepan-

cia en la curva termo-esfémica, son datos preciosos para los diagnósticos prematuros.

Otros puntos interesantes sobre incubación, focos, receptividad individual, impugnación de las condiciones que Kooh asigna á los agentes infectantes, en lo que se refiere á lo absoluto de que no se les encuentre otra enfermedad ó indivíduos que hubiera tenido necesidad de tratar, á pesar de la galantería de este Congreso, de la que tanto he abusado por lo avanzadísimo de la hora, no puedo ni esbozarlos.

Notaréis en la estadística adjunta, que comprende 145 casos, una diferencia que chocará á los que hayan leído mi artículo, que la notable publicación científica local, la *Crónica Médico-Quirúrgica* me hizo el inmerecido honor de acoger benévola en su seno en el mes de Septiembre último, como acoje todo lo que pueda significar algo, que aún de léjos, pudiera resultar de alguna utilidad y aunque no sirva más que de objeto de discusión en la que se esclarezcan hechos clínicos. La cifra allí consignada de enfermos, como en dicha publicación de Octubre, al contestar el artículo del Dr. Bueno, es de 70 casos tratados por mi método y de 75 por los otros; de los primeros, 68 éxitos y dos fracasos; de los segundos, 47 y 28; pues, señores, cargo con un muerto que eché al contrincante, y sumo, en su haber de éxitos, cuatro casos de los míos, que, tal vez por un escrúpulo de clínico puritano, me corresponde el fracaso y no los éxitos.

Dos palabras sobre el valor de las cifras estadísticas os convencerán que lo que se desprende del trabajo del ilustrado y joven Dr. Weiss no tiene toda la fuerza que á primera vista aparece, y no destruye el valor de la que presento, ni tienen explicación por rachas, ni benignidades.

En estos enfermos concurren las mismas circunstancias: edad, género de vida, profesión, local que los aloje, se compenetran los 79 con los 66, alimentos, bebidas, procedencia, etc.; sólo hay dos factores distíntos, momento de la intervención, en general más tardío en los primeros que en los segundos, por razón que no es la oportunidad exponer; y segundo, tratamiento distinto que, como habrá observado, las objecciones que se les hagan en Buchard, se reflejarán: hé aquí, pues, establecido el verdadero valor de esas cifras que si reconozco que son cortas y nada *brutales*, hay que concederles que tienen gran peso.

No sucede así con las cifras de la estadística á que me refiero; ellas quieren demostrar que los tratamientos sintomáticos y espectantes y antisépticos tienen el mismo valor terapéutico, pero advierto que los tratamientos que se presentan como tales antisépticos no reunen las condiciones apetecidas, ni se precisa bastante en los momentos que se aplicaron, pudiendo, per lo tanto, ser más científicos en este sentido

los sintomáticos con que se les compara y cuyos agentes terapéuticos olvidó el distinguido compañero consignar.

En la comparación establecida del poder antiséptico entre el naftol y el bicloruro, sentó un precedente ruinoso, consignando que el naftol (¿cuál el A. ó B?) es 16 veces menos antiséptico; eso sucederá en el tubo de ensayo, pero no en el tubo digestivo que está, por lo menos, invertida su proporción. pues hay que tener en cuenta que es 253 veces menos tóxico el A. siendo en su vista 16 veces por lo menos más antiséptico: con una simple operación aritmética puede convencerse, si no dá crédito á Maximo Witch, deducido de los experimentos en el laboratorio del sabio antes citado.

Entre el naftol A y B, como sabemos también, existen diferencias notables; el A es más soluble, más antiséptico y menos tóxico que el B en proporción de 1 á 3.

Del A bastan gr. 0,10 por 1000 de caldo para impedir completamente el desarrollo de los microbios del muermo, cólera gallinas, carbunco, neumonía, tifoidea, etc.

Respecto al valor del tratamiento Stemberg, comparado con los sintomáticos y espectantes, he de significar que merece todos mis respetos sabio tan ilustre, Médico Militar tan simpático, pero que además de las razones que el Dr. Weiss expone para proscribirlos, hay muchas más, no responde más que á laboratorio, no á clínica. De lo que antecede se desprende que el valor asignado á esas cifras comparativas, para deducir consecuencias sobre la eficacia de las medicaciones, no pueden resistir el más ligero y superficial exámen, hay, por lo menos, que suspender el juicio y cada cual seguir los derroteros á que sus gustos é inclinaciones le lancen, dejando en pié le cuestión, que estará resuelta cuando, dentro del plazo de dos años, tengamos el placer de oir nuevamente otro trabajo en el mismo sentido, que, reuniendo la misma brillantéz, pueda estar al abrigo de tan sérias trascendentales objeciones.

ESTADISTICA COMPARATIVA DE 145 CASOS.

		Tratamiento sintomático		Tratamiento racional	
MESES.	Casos.	Curados.	Muertos.	Curados.	Muertos.
Enero	12	6	3	3	0
Febrero	11	5	3	3	0
Marzo	5	8	1	2	0
Abril	15	8	2	5	0
Mayo	21	8	6	6	1
Junio	33	7	7	18	1
Julio	48	16	5	26	1
Total	145	52	27	63	3

OBSERVACIONES.

Albuminúricos.	1er. grupo..	60	Hemorrágicos...	1er. grupo..	35
	2º id.....	35		2º id.....	19
	Total.. ...	95		Total......	44

El Sr. Presidente: Se somete á discusión la conferencia del doctor Bellver y tiene la palabra el Dr. Weiss para argumentar.

Dr. Weiss: Sostiene las conclusiones del trabajo que presentó al Congreso, porque de las estadísticas conocidas no se puede deducir en fiebre amarilla nada favorable á los métodos antisépticos, pues la cifra de 15 por 100, alcanzada por el Dr. E. Martínez, con el método de Stemberg, se obtuvo también por el tratamiento sintomático del doctor Cabrera y por un método racionalmente espectante del Dr. Cubas; dice que la antisépsia intestinal por el naftol ó las preparaciones mercuriales es insuficiente para modificar de un modo sério los casos graves de fiebre amarilla hasta ahora observados; asegura que en su trabajo aludido no ha dicho que un tratamiento fuese mejor, ni peor, que otro, sino que, para él, los resultados alcanzados por unos y otros son poco satisfactorios y que las condiciones de la buenas estadísticas las dán las grandes cifras, la apreciación exacta de los hechos y los grandes períodos de tiempo y termina declarando que, á su juicio, los casos observados por el Dr. Bellver fueron *una racha benigna* é insuficientes los resultados obtenidos para aceptarlos como una conclusión general.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Tamayo.

Dr. Tamayo: cree que debe llamar la atención sobre el hecho de no haberse levantado el Dr. Bellver á discutir las opiniones que emitió en su trabajo leido en una de las sesiones anteriores, así como sobre las ideas enunciadas por el Dr. Bellver en esta conferencia, para hacer constar que aquellas continúan en pié.

Advierte que mucho ántes de que llegase á Cuba el Dr. Bellver, eran conocidas las opiniones del Dr. Giralt, considerando la fiebre amarilla como una gastrítis, y que se ha llegado á las actuales concepciones por medio de sucesivos tanteos. Declara que asistió á la autópsia á que se refiere el Dr. Bellver y que observó las lesiones en el intestino, pero que no puede considerar ese caso sino como de fiebre tifoidea, por hallarse dichas lesiones en las placas de Peyer, cuya preparación conserva y puede enseñarle, y concluye diciendo, que omite hablar del tratamiento porque en su trabajo lo ha hecho y en nada tiene que modificarlo.

El Sr. Presidente: El Dr. Jover tiene la palabra.

Dr. Jover: Dice que no ha tenido la satisfacción de concurrir á las anteriores sesiónes y no puede referirse á ellas; pero que se considera aludido por el Dr. Bellver al decir que en una Quinta se habían em-

pleado á la vez ámbos tratamientos, y como Director de la «Quinta del Rey», se cree obligado á manifester lo que en esta se ha hecho.

Refiere que el Dr. Dumás experimentó el tratamiento antiséptico severo por un mes, en tanto que él seguía con el sintomático, y que comprendiendo que dos de los veinte casos que él trataba eran muy graves, los sometió al tratamiento antiséptico sin poder sarvarlos.

Alude al Dr. Weiss en lo que se refería á las estadísticas y condiciones que les dan valor para decir que nadie podrá obtener resultado homogéneo con cantidades heterogéneas y concluye manifestando que en fiebre amarilla hay que tener en cuenta muchas cosas, sin las cuales es imposible alcanzar una buena estadística.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. C. Delgado.

Dr. C. Delgado: El Dr. Bellver ha emitido con mucha ligereza conceptos de importancia que es fuerza rectifique. Creo haberle oido que mi teoría está desechada, y yo debo decirle, que eso no es verdad, pues aún no se ha encontrado el específico patógeno, apesar de los grandes y repetidos esfuerzos de los más distinguidos experimentadores.

Se dice que no encuentran micro-organismos en la sangrce, pero eso obedece á que no se colocan en las mismas condiciones que el Dr. Finlay y yo, que hallamos casi constantemente nuestro micrococus tetrágenus; y si aún no se conoce el verdadero micróbio, si entre los muchos venenos que suma Stemberg no se ha aislado el que produce tantos estragos, si todo está por demostrar aún, todas son hipótesis y estamos lo mismo que ántes, claro es que nuestra teoría, léjos de estar desechada, prevalece firme; por lo demás, estoy de conformidad con los Dres. Weiss y Jover,

El Sr. Presidente: El Dr. Bellver tiene la palabra para la réplica.

Dr. Bellver: Contesta al Dr. Tamayo diciéndole, que profesa sus ideas patogenésicas y que aprovechará su ofrecimiento para ir á ver la preparación á que se refirió; que no ha empleado el salol y no puede, por lo tanto, emitir opinión propia sobre él, por más que le atribuya la cualidad de solublizar en el intestino; en cuanto al Dr. Jover, declara que no se refirió á su Quinta y que respecto al resultado hay que tener muy nresente que muchos enfermos mueren por auto-intoxicación.

Tuvo que interrumpir su réplica porque había agotado el tiempo reglamentario.

El Sr. Presidente dió por terminada la sesión y citó para el inmediato día á las 12 y media.



477



DECIMA SESION.

(21 de Enero.—1 de la tarde.)

El Dr. Santos Fernández, (Vice-Presidente): Abre la sesión.

El Secretario: Dr. B. Saenz Yanez dió lectura al acta de la anterior, que fué aprobada.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Pardiñas para leer su trabajo.

Notas sobre las indicaciones y contra-indicaciones de las aguas minero-medicinales de Madruga.

Por el Dr. José María Pardiñas.

I.

En la sesión de la Real Académia de Ciencias de la Habana, de 8 de Enero de 1882, evacuando una consulta del Ministerio de Ultramar acerca de las aguas minero-medicinales existentes en estas Provincias, su clasificación, aplicoción y demás particulares pertinentes para la formación de una estadística hidrológica, expresaba el ponente, ántes de entrar en el fondo de la cuestión, que «trabajos de esa índole nece-»sitaban el concurso de diversos profesores médicos, químicos y natu-»ralistas, con recursos disponibles para practicar los análisis, investiga-»ciones y estudios necesarios en cada localidad y en los innumerables »manantiales que existen en toda la Isla.»

Afirmación exacta y que, en aquello que se refiere á su aplicación ó sea á su clínica terapéutica, exige observación continuada durante largo tiempo y la sanción de una racional y científica experiencia basada en estadísticas severas y numerosas.

Si cada uno de los grupos en que se clasifican ó dividen las aguas minerales, tiene asignada su acción fisiológica general y de ella deducimos su valor terapéutico, también es cierto que existe lo que se llama *especialidad* de algunas determinadas, cuyo carácter sólo puede precisarlo la observación de las entidades patológicas que en ellas encuentren más fácil y rápida curación. Por la sola denominación de sulfurosas, ferruginosas, cloruradas, etc.. no podrá llenarse la indicación de una manera perfecta, porque, aparte de la termalidad diversa, existen otras condiciones que determinan aquella *especialidad* y que aconsejan el uso de unas aguas minerales, con preferencia á otras, aún dentro de las del mismo grupo.

De la fecha del precitado informe de la Real Académia de Ciencias hasta hoy, ningún trabajo ha venido á llenar el vacío existente con respecto á las de Madruga. Pretendemos por ello y en la medida de nuestras escasas fuerzas, señalar de una manera compendiada y suscinta, cual lo consiente el perentorio plazo que nuestro Reglamento concede para su lectura:

«Las indicaciones y contra-indicaciones de las aguas sulfurosas, »cálcicas y ferruginosas-carbonatadas, de los manantiales *Páila y Ti-* »*gre*, respectivamente».

II.

Escusaremos, por ageno á nuestro propósito, extendernos en consideraciones acerca de la importancia de este precioso recurso terapéutico, que, con el cambio de vida y el mejoramiento de las condiciones higiénicas, constituye el tratamiento por excelencia de las enfermedades crónicas.

Una ligera idea de sus caractéres físicos y químicos, de su acción fisiológica, de su clasificación, analogía con otras de España y el extrangero, y usos, precederán al objeto primordial de nuestro trabajo.

Manantial «La Páila.»

Caractéres físicos.—Las aguas de este manantial son transparentes, enturbiándose ligeramente al contacto del oxígeno del aire, que desaloja al hidrógeno sulfurado; tienen olor á huevos podridos y sabor análogo. El peso específico es de 1.009 y su temperatura constante es de 27° C°. Como la mayor parte de las aguas sulfurosas, se distinguen por su inalterabilidad á pesar de los cámbios de estaciones ó de los fenómenos metereológicos.

Análisis químío. (Aenlle.)

Un litro de agua contiene:

	Gramos.
Acido sulphídrico	0.228.
Acido carbónico	0.112.
Carbonato de magnésia	0.078.
Carbonato de cal	0.486.
Sulfato de cal	0.384.
Cloruro de sódio	0.098.
Carbonato de hierro	0.008.
Cloruro de magnesia	0.008.
Oxido de aluminio	0.003.
Materia orgánica	0.049.
Total	1.472.

Acción fisiológica.—Tienen acción electiva sobre la piel y las mucosas, activando sus secreciones. Vigorizan las funciones de los centros nerviosos y como necesaria consecuencia, las de circulación y asimilación. Son, en conjunto, eminentemente tónicas, aumentan el elemento globular rojo y se traducen sus efectos por una completa reconstitución orgánica.

Clasificación.—Ideal perseguido desde los tiempos de Plinio, no ha encontrado realización en Hidrología médica, una clasificación estable é indiscutible. Basada unas veces en un criterio geológico-geográfico, terapéutico otras y químico las más, es este el que, no sin contradicciones, se sostiene. El terapéutico constituirá la base de una clasificación médica más racional, á medida que se conozcan con perfección los cámbios químico-biológicos que cada especie de aguas minerales imprime á nuestro organismo.

Ateniéndonos á la clasificación química, las aguas del manantial *La Páila*, pertenecen al grupo de las sulfurosas y entre éstas á las cálcicas.

Analogía.—Por su composición y termalidad son semejantes, entre otras, á las de la Puda, Ontaneda y Alceda, en España; á las de Enghien, departamento del Sena; Uriage, en el del Isére y Aguas Buenas en los Bajos Pirineos, en Francia; Weisbach en el Ducado de Nassau y Aaden en Austria-Hungría.

Usos.—Prescríbense en baños y en bebida.

Manantial «El Ticre.»

De escaso caudal, son sus aguas transparentes en pequeñas masas, ligeramente azuladas en mayor volúmen y cubiertas por películas iri-

sadas, debidas á la precipitación del hidróxido de hierro, por desprendimiento del ácido carbónico, de olor á huevos podridos, poco estable y de sabor metálico, ligeramente estíptico. Su peso específico es de 1.00 y su temperatura de 20° C? En el tanque de los manantiales se deposita un lodo untuoso y suave al tacto.

Análisis químico. (Aenlle.)

	Cs. Cs.
Acido sulfúrico	38.5.
Acido carbónico	122.2.

	Gramos.
Carbonato de magnesia	0.168.
Carbonato de cal	0:325.
Sulfato de cal	0.234.
Cloruro de sódio	0.173.
Cloruro de magnesia	0.024.
Carbonato de hierro	0.024.
Oxido de aluminio	0.004.
Materia orgánica	0.050.
Total	1.003.

Silicato de hierro.....
Oxígeno ....
Azoe ....
} Cantidades indeterminadas.

Acción fisiológica.—Obran directamente sobre la sangre, facilitando elemento importante para la formación y multiplicación de los hemáties. Su acción es más rápida y visible cuando, á su uso, ha precedido la exitación de los centros nerviosos, despertando energías que vigoricen la asimilación.

Clasificación.—Entran en el cuadro de las ferruginosas-carbonatadas. Según el sábio hidrólogo Lehman, para clasificarse como ferruginosas, deben contener las aguas 0.02 del compuesto férrico, por litro, como tipo mínimo.

Analogía.—Por sus componentes químicos y por su temperatura, son semejantes á las de Marmolejo en Jaen, Graena en Granada y á las de Mondaríz en Galicia, salvo la mayor cantidad de acido carbónico de estas últimas: á las de Spa en Bélgica y Orezza en Córcega.

Usos.—Usanse en baños y en bebida, siendo éste ultimo medio el más racional y más generalmente aplicado. Nuestra experiencia nos nos inclina decididamente á este último uso, salvo ligeras exepciones, encontrando poderoso apoyo nuestra opinión en el parecer de Reinl,

que en el último Congreso Internacional de Hidrología y Climatología, celebrado en París, establece que los baños estimulantes activan el efecto del uso interno de las aguas ferruginosas.

El lodo del manantial ha venido usándose, con buenos resultados, como tópico.

III.

Abstracción hecha del mecanismo, en virtud del cuál producen las aguas minerales sus maravillosos efectos, objeto de largas disquisiones científicas, nos fijaremos sólo en su acción fisiológica para deducir la indicación terapéutica, y los resultados obtenidos en el tratamiento de diversas enfermedades determinarán, por su éxito más favorable y constante en algunas, su verdadera *especialidad*.

De las estadísticas publicadas por la Dirección Médica de aquellas aguas y de nuestra personal observación, deducimos que las de Madruga están indicadas y son *especiales* para el tratamiento de:

La Anemia, de diversos orígenes. Ocupa esta enfermedad en los cuadros estadísticos, más de la cuarta parte del total de enfermos concurrentes á este balneario, siendo el resultado obtenido para modificar aquel estado constitucional, absolutamente satisfactorio.

El conteo de los glóbulos rojos, acusando un rápido aumento después del tratamiento hidro-mineral y el retardo en la evolución hemática, precisan la indicación en estos estados.

Artritismo.—El conjunto de afecciones comprendido en esta denominación genérica encuentra medio apropiado de tratamiento en el uso de estas aguas.

Las *artrítides*, especialmente las secas, se modifican y curan con las sulfurosas, á pesar de la opinión contraria de Bazín. En las húmedas, hemos visto, en la generalidad, manifestarse un brote agudo con corto número de baños, sin que á esa exacerbación haya seguido, en algunos casos, la curación.

Los *reumatismos* articular y muscular, crónicos, sin complicaciones viscerales, se corrigen con esta medicación, á pesar de la escasa termalidad de estas aguas. Las estadísticas dán el cuarto lugar á los reumáticos tratados, generalmente con buen éxito, siendo este, tanto más rápido y permanente, cuando el tratamiento se ha seguido en los meses de primavera.

El *coriza* y el *asma artríticos* y las *dispépsias*, *enterítis* y *metritis* sometidas á esa misma influencia, logran en la mayoría de los casos brillantes resultados del uso de estas aguas.

Escrofulismo.—Si las aguas cloruradas sódicas de fuerte mineralización constituyen la base del tratamiento hidro-mineral para el escrofulismo, ocupan las sulfurosas el segundo rango en este concepto.

En Francia han llegado á considerarlas como especiales y Bazin las proclama como la verdadera medicación termal de las afecciones de naturaleza escrofulosa. Parece ser lo cierto que su influencia solamente se ejerce de una manera eficáz en las manifestaciones escrofulosas, cutáneas y mucosas.

El *impétigo* y el *eczema* escrofulosos, el *coriza*, las *oftalmías*, *otorreas* y *leucorreas* de la propia índole, aceptan, con éxitos favorables, el uso de las aguas sulfurosas de *La Páila*, confirmando su acción electiva sobre la piel y las mucosas.

En su influencia acreditada y constante sobre estos tres estados constitucionales basan su *especialidad* las aguas sulfurosas-cálcicas y ferruginosas carbonatadas de los manantiales *Páila* y *Tigre*.

Su utilidad es también manifiesta en la *caquéxia* consecutiva á la *sífilis inveterada* ó á los estragos del mercurio en organismos, de suyo débiles.

Estas aguas sulfurosas serán un ayudante poderoso de la medicación específica.

La reconstitución orgánica, como resultado del racional empleo de estas aguas, combate las consecuencias del *paludismo* y levanta las fuerzas agotadas en las *convalecencias* de enfermedades prolongadas.

Las *laringítis*, *bronquítis*, *cistítis*, *uretrítis* y *metrítis*, crónicas, sin dependencia de alguna de los estados constitucionales espuestos, completan y afianzan con ellas el éxito de las medicaciones apropiadas para su tratamiento, obteniéndose igual resultado en las *congestiones* de los órganos de los aparatos *digestivo* y *génito-usinario*.

La *espermatorrea* obtiene en la mayoría de los casos la curación.

Las *neurálgias*, en general, y el *histerismo*, ligados con frecuencia á la *anemia* ó al *artritismo*, desaparecen con la modificación de estos estados por el uso de estas aguas.

Las *parálisis periféricas*, sobre todo las *á frigore*, dan un contingente valioso de curaciones con el tratamiento hidro-mineral.

En cámbio, no hemos visto modificarse favorablemente y de una manera ostensible las *parálisis de orígen central* y si no estimamos absolutamente perjudicial, por lo ménos creemos inútil la estancia de estos enfermos en aquel balneario, en que agotan sus esperanzas y su caudal.

Los *traumatismos accidentales ó quirúrgicos*, dejando en pos de sí *supuraciones* prolongadas, *retracciones musculares*, *fístulas rebeldes* y en general, *miseria* orgánica, encuentran indicación completa en el uso de estas aguas.

Las *úlceras atónicas* pierden este carácter con el tratamiento hidromineral.

IV.

Escaso es, ciertamente, el número de las enfermedades para las cuales esté contra-indicado de un modo absoluto el tratamiento termal; pero tanto en el órden fisiológico como en el patológico, existen estados que aconsejan juiciosa prudencia para instituirlo.

En el órden fisiológico y á pesar de la opinión favorable de distinguidos hidrólogos, no hemos visto soportar bien esta medicación á la primera infancia. Cualquiera que haya sido el objeto de la indicación y á pesar de una cuidadosa vigilancia en la temperatura y duración de los baños, adecuadas á organizaciones tan tiernas y débiles, constantemente, del cuarto al quinto, hemos presenciado la fiebre termal con caractéres alarmantes. En los casos en que ha sido posible continuar el tratamiento, pasado este accidente, hemos tenido que suspenderlo en breve, por complicaciones gastro-intestinales.

El embarazo contra-indica su uso en los dos primeros y dos últimos meses de su período. Es útil, en cámbio, en los meses intermedios, á la madre y al feto, cuando la primera es tributaria de alguno de los estados ántes enunciados.

En el órden patológico, contra-indicamos su uso en la *tuberculósis*. Si en su primer período pudiera ser propicio el tratamiento, las condiciones de la localidad, sujeta á frecuentes y bruscos cámbios de temperatura y el habitual estado higrométrico del aire, aconsejan la abstención.

Las *lesiones orgánicas del corazón* y las *alteraciones de textura* de los vasos, están proscritas casi universalmente de la terapéutica hidrológica. Sin embargo, las *endocardítis* y *pericardítis* de naturaleza reumática reciente, pueden modificarse favorablemente con la diátesis que les dió orígen.

Las *hidropesías* por lesiones orgánicas ó discrásias sanguíneas, no sólo no obtienen alivio con este tratamiento, sino que recordamos casos en que su uso ha sido seguido de mortificaciones estensas de la piel y en uno de la de los dedos de las extremidades inferiores.

Si en el período dispéptico del cáncer del estómago estas aguas pueden aliviar este accidente, en las caquéxias son completamente ineficaces.

V.

Dentro del período asignado oficialmente para el uso de las aguas de Madruga, del 15 de Marzo al 15 de Octubre, aconsejamos como más favorables:

La primera estación, ántes de las lluvias y calores del estío, para

el tratamiento de las *dermatósis*, *reumatismos* y enfermedades del aparato *gastro-intestinal.*

La segunda para el de las enfermedades del *aparato respiratorio* y en general las de las *mucosas.*

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. San Martín.

Dr. San Martín: Alaba el trabajo del Dr. Pardiñas por su importancia en la terapéutica hidrológica. En él ha fijado el autor las indicaciones y contraindicaciones de las aguas de Madruga, llenando así un vacío inmenso, pues hasta ahora carecíamos de datos precisos y concienzudos sobre esas aguas mínero-medicinales.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Morado.

Dr. Morado (de Marianao): Considera también de suma importancia el trabajo que acaba de leerse y propone que se imprima en un folleto aparte, con objeto de repartirlo profusamente entre los médicos de la Isla. *(Aprobado).*

El Sr. Presidente: Tine la palabra el Dr. García Rijo.

Dr. García Rijo (de Sancti-Spíritus): La moción del Dr. Morado le induce á proponer, que se dicte una pauta para facilitar el conocimiento de las diversas aguas mínero-medicinales.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Delfin.

Dr. Delfin: Propone que se nombre una comisión para hacer el análisis de las aguas de la Isla que puedan utilizarse.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Sáenz Yáñez.

Dr. Sáenz Yáñez: No pareciéndole fácil lo propuesto por el Dr. Delfin, indica que se pidan los análisis á los médicos ó farmacéuticos de las respectivas localidades.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Ulrici.

Dr. Ulrici: Pregunta á qué temperatura se tomó la densidad de esas aguas. Hace presente, respecto á los análisis, la variabilidad de la composición química, pués siempre el tiempo en que se practique el exámen diferirá su naturaleza y escala hidrotimétrica.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Chavau.

Dr. Chavau (de Alquízar): Desea saber los resultados obtenidos por el Dr. Pardiñas con las aguas de Madruga en la sífilis, porque á su juicio la mejor indicación existe en el período terciario.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Santos Fernández.

Dr. Santos Fernández: Crée que debe escitarse el interés de todos los médicos de la Isla para comunicar el estudio clínico que hayan hecho de las aguas medicinales de su respectiva localidad, ya que en la Academia de Ciencias constan los análisis químicos de la mayor parte de las aguas.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Pardiñas para replicar.

Dr. Pardiñas: Contesta que su trabajo tiene un interés práctico y

encierra una cuestión de moral médica, porque á menudo sucede que llegan algunos indivíduos á bañarse por indicaciones de sus médicos de asisteneia en contradieeión flagrante con las que haya más oportunas el médico del estableeimiento balneario; creyendo que debe dejarse entera libertad á este último para proeeder, según el estudio que ha heeho de las aguas y según su propia esperiencia. Dijo al Dr. Ulriei que no ha tomado las temperaturas á que hizo alusión y al Dr. Chavau, que las aguas sulfurosas son un ayudante del tratamiento específico en todos los casos de sifilídes asténicas y, en general, en el período tereiario.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Delfin para leer su trabajo:

La leche en la Habana.

Por el Dr. M. Delfin.

La higiene es en cada época de la história de la Medicina la resultante de la concurrencia de todos los estudios é investigaciones que se refieren á las diversas etapas de la vida material del hombre: sujeta nuestra ciencia á la invariable ley de la evolución, modifica cada día la etiología de innumerables enfermedades, y esta modificación, hija del progreso en las investigaciones, ha engendrado nuevos tratamientos y nueva profiláxis.

El tema de mi diseurso está comprendido en ella: alarmada justamente esta eiudad por innumerables casos de envenenamiento producidos por la leehe, los quesos, pastillas y mantecados, se haeía indispensable dar eumplida satisfaeción á los que nos honraron con su confianza y al justísimo deseo de los que buseaban en la eiencia la verdad de tanta alarma justificada.

La leche de mayor consumo en la ciudad y en los pueblos rurales y en el campo es la de vaca, por ser la más abundante y la más fácil de obtener.

La leche es un alimento completo y de fácil digestión, así para los niños, como para los adultos; para los enfermos, como para los que gozan de salud completa.

Usase también en asilos y hospitales porque se presta como alimento dietético para los convalecientes y enfermos; préstase también por su sabor grato y sus caractéres químicos como alimento exelusivo en muchas enfermedades.

Ayuda á la lactancia de los niños, sobre todo cuando las madres ó nodrizas no pueden eriar á pecho sólo por su estado de debilidad ó escaséz, y en no pocos casos suple á aquellas, sobre todo en las fa-

milias que no pueden sufragar los gastos é incomodidades de una criandera.

Estas múltiples aplicaciones han hecho que en todos los países civilizados se ocupe de este preciado alimento la Administración pública como elemento valioso de la higiene.

La inspección de los animales por una parte y la investigación del líquido por otra son hoy en toda Europa constante empeño de Gobiernos y Municipios, de sábios químicos y de concienzudos higienistas.

La leche de vaca, químicamente considerada, es una emulsión en que hay elementos en suspensión y elementos en solución.

Los análisis de unos y otros elementos varían en cuanto á su proporción por motivos poderosos y por causas múltiples, pero son, en las leches normales, invariables, constantes, en lo que se refiere á lo cualitativo.

Sin duda toda leche deberá contener:

Materia grasa...........	en suspensión.
Caseina....................	en suspensión y en solución.
Lactosa....................	en solución.
Fosfato de cal..........	en suspensión y en solución.
Otras sales...............	en solución.

Sin estos elementos no es posible que exista la leche, y la presencia de otro ú otros cuerpos, que no sean los mencionados, indicará adulteración, enfermedad del animal que lo escreta, ó descomposición de sus elementos.

El *caseum* es la parte sólida en suspensión que se concreta por la presencia de un fermento, que es es el *cuajo*, de que se valen los fabricantes de queso para *cuajar* la leche, cuya sustancia también es escretada por una bacteria llamada *Tyrothrix tenuis*, que concreta el caseum: según el sábio bacteriólogo Duclau, treinta milígramos de dichas bacterias producen bastante cuajo para coagular 1,800 centímetros cúbicos de leche.

La materia grasa (mantequilla) se encuentra en suspensión, emulsionada, cuya cantidad es también variable y depende de la alimentación y estado de salud del animal; su olor es grato y de todos conocido. Su enranciamiento depende de su oxidación por fermentación; produciendo el ácido butírico la presencia de un micro-organismo, llamado el Amilobácter. Este ácido tiene un olor especial y es muy volátil.

Las leches de Cuba no suelen ser muy abundantes en manteca, esceptuando las procedentes de reses que se alimentan en pastos fuertes y nutritivos.

Los glóbulos de grasa se vé al microscópio que no tienen todos el

mismo tamañó, porque se funden unos en otros, tomando así mayores dimensiones: estos glóbulos de grasa aparecen distintos y sedarados cuando se les observa con dicho aparato amplificante, y á esto obedece el que por mucho tiempo se haya discutido su forma organizada, creyendo algunos que, como los hemáties, tienen su cubierta protectora ó séase que están formados por una membrana que contiene como protoplasma la grasa. Son, sin embargo, más poderosas las razones que militan en contra de tal aserto: sería en tal caso imposible la fusión de dos ó más glóbulos sin que con los aparatos amplificantes de que hoy dispone la ciencia no se observase la cubierta; por la forma nada puede deducirse, pués cualquier grasa emulsionada, vista al microscópio, presenta formas redondeadas como los glóbulos grasos de la leche; prescindiendo de otras poderosas razones que no apuntamos por no ser este el momento para tratar dicha cuestión.

La lactosa ó azúcar de leche se encuentra en solución en el líquido, dándole sabor dulzaino: se obtiene por concentración del suero y se dosifica bien por pesadas, bien por el reactivo de Thelinz.

La lactosa sufre la primera fermentación convirtiéndose en ácido láctico, como ácido coagulado la caseina, no obstante que los fosfatos alcalinos normales de la leche retardan la coagulación, solamente cuando el ácido láctico representa un 8 por 1,000, poco más ó ménos, es cuando la caseina se cuaja; esta fermentación de la lactosa es debida á una bacteria esencialmente aerobia, que se apodera del oxígeno en el medio en que vive y le sirve para sus transformaciones, sin que al apoderarse de dicho gas se desprenda ácido carbónico: la fermentación láctica es, pués, una fermentación por desdoblamiento, lo cual se prueba en la siguiente fórmula química:

$$C_{12} H_{22} O_{11} + H_2 O = 4\ c_3 H_6 O_3$$

Lactosa=Ac. láctico.

Este desdoblamiento se denuncia bien pronto y se reconoce por el papel de tornasol azúl. Puede asegurarse que, tan pronto como la leche ha salido de la ubre de la vaca, comienza su fermentación.

Todas estas sustancias y las sales minerales de que hemos hecho mención, disueltas ó en suspensión en agua, constituyen este preciado alimento.

Este sólo enunsiado nos indica ya lo que significa la *densidad de la leche;* indica, pues, la cantidad de agua que tiene y la mayor ó menor cantidad de sustancias en solución ó en suspensión, diciendo la densidad su poder nutritivo, su riqueza, su valor real como alimento.

Así en la densidad como en la caseina, lactosa, sales y manteca no es uniforme y constante la cifra que las indica, varía con mil circunstancias; respecto á la densidad podemos hacer las siguientes afirma-

ciones: la leche de vaca es ménos densa en tiempo de agua, también depende de la clase de alimentación; en los prédios, que tienen retoño ó yerba nueva, la leche del ganado que de ellos se alimenta es ménos densa; hemos comprobado estos hechos por una série de esperimentos que hemos llevado á cabo en las vacas que recorren la ciudad: también influye el tiempo que llevan de paridas; es más densa cuando ya la res lleva más de un mes de haber dado á luz, que cuando aún no han pasado treinta días poco más ó ménos.

Para medir esta densidad se han propuesto vários instrumentos, pero nosotros damos la preferencia á la balanza de precisión. Procedemos de la manera siguiente: en una pequeña cápsula de platino, tapada con un cristal, ponemos 10, 20 ó 30 centímetros cúbicos de leche y pesamos en la balanza, teniendo presente la temperatura y presión barométrica.

Los resultados para la leche vista ordeñar son los siguientes:

Leche 1ª	1,046.	Reacción	neutra.	
2ª	1,040	»	»	
3ª	1,010	»	»	lluvia.
4ª	1,013	»	»	
5ª	1,026	»	alcalina.	
6ª	1,023	»	»	
7ª	1,029	»	»	
8º	1.016	»	»	
9ª	1,029	»	»	
10	1,030	»	»	

Temperatura 25°, término medio.

Existe el densímetro de Ruevenne, que sirve para análisis rápidos.

La densidad que hemos medido nos determina 1.025, como término medio, á 25° centígrados. En Francia es de 30 á 32 á 15° cº

Y procurando no fundar nuestras conclusiones sobre hipótesis ilusorias hemos hecho nuestras observaciones en las vacas que se pasean por la ciudad: la mayor densidad obtenida fué 1,046 en tiempo de seca; es decir, sin haber precedido lluvia alguna, y la menor 1,010, tomada al día siguiente de copiosos aguaceros; y es digno de mención el hecho de que según se alejaba la fecha de la lluvia mencionada iba aumentando la densidad, al estremo de que en siete días de 1,010 volvió á subir á 1,030.

Medir la densidad al pié de la vaca es un precioso dato para juzgar su riqueza; pero no basta, se hace indispensable llevar á cabo ciertas investigaciones bacteriológicas é histológicas, que son las que indican sus propiedades y su valor bromatológico.

Cuando la leche de que se hace uso es la directa de la vaca, no ca-

be, por parte de la Administraciónpública, más vigilancia que las condiciones del animal de que se extrae.

Entre nosotros nada se ha hecho para evitar el mal.

Las vacas sumamente flacas, que apénas pueden tenerse en pié, que padecen de tumores, de diarreas etc., son inadmisibles, porque llevan el gérmen de enfermedades infecciosas, trasmisibles al hombre por medio de la leche.

En Europa cuídase mucho la Administración de la clase de alimento que se dá al ganado, cuyo alimento modifica la cantidad y la calidad de la leche: aquí, en dónde no existe otra alimentación para el ganado vacuno que el natural verde y reciente, no cabe ocuparse *por ahora* de ese medio de que se valen en otros países los desalmados industriales para aumentar la riqueza ó la cantidad del preciado alimento: limítanse aquí los lecheros á dar grandes cantidades de agua salada, con sal de la cocina, para despertar aún más la sed del animal y, por el exceso de agua tomada por éste, aumentar la cantidad de líquido excretado.

Aún prescindiendo del alimento y del aspecto del ganado, fijémonos en cómo se expende la leche vista ordeñar.

Entra en la ciudad el ganado á cualquier hora del dia, no sin haber andado por caminos pantanosos intransitables; camina por entre coches y transeuntes que le azoran, cuando no le estropean; se les detiene para extraerle el líquido y violentándolo se le agota, produciéndole torturas y dolores inconcebibles; no come absolutamente nada en doce ó más horas; estos suplicios á que se someten las vacas las preparan para la tuberculósis, la escarlatina, la diftéria, etc., enemigos implacables que reinan peremnemente entre nosotros.

La bacteriología nos ha venido á demostrar que es la leche un vehículo apropiadísimo para los gérmenes de muchas enfermedades: el bacilus de Koch, que tantos estragos causa en esta ciudad, está demostrado, con toda evidencia, que es trasmisible por medio de la leche, del ganado al hombre. Esto sin contar algunas enfermedades que puede el ordeñador, si no toma precauciones, trasmitir por sus manos.

Si nuestra Administración se ocupase de sus administrados, no sólo para esquilmarlos con excesivos impuestos, si que también para impedirles ser víctimas de numerosas enfermedades contagiosas, hubiera tenido en cuenta que en esta ciudad reinan la tuberculósis, la difteria, la tifoidea, el muermo y otras afecciones que tienen su única profiláxia en la persecución de los animales enfermos.

Impidiendo el suplicio de esos animales enfermos y estenuados, que surten de leche y carne á la ciudad, se evitarían muchas epidémias, que, sin duda, no reconocen otra causa.

El ganado debe distribuirse por plazas y plazoletas de donde no

se le pueda sacar, sino para llevarlo al campo ó corral en dónde se le cuide y alimente: no debe permitirse ordeñar las vacas sino por las mañanas y por las tardes y no á todas las horas del día, á no ser en aquellos puntos en dónde existan lecherías con caballerizas rigurosamente higiénicas, fuera de la ciudad ó en los barrios en que haya más amplitud.

Dado el modo como se distribuye el ganado en esta ciudad, se hace imposible toda vigilancia. toda inspección científica: el análisis bacteriológico de la leche vista ordeñar, al detalle, es una obra tan difícil que casi raya en lo imposible, porque se necesitarían muchos profesores dedicados á este trabajo; además del mucho tiempo que en él invertírian: dificultad es esta que se óbvia con tener puntos fijos para el ganado, así como determinadas horas y calles para entrar en la ciudad.

La inspección inteligente y honrada puede suplir por ahora á las rigurosas exigencias de la bacteriología, desechando el ganado que no reuna perfectas condiciones de salubridad: la cultura y civilización de nuestro pueblo exigirá más adelante y á su debido tiempo lo que ya en otras naciones es un deber de la Administración pública Municipal. Conformémonos con pedir lo posible y de fácil realización hoy mismo.



La leche de vaca que se trae ordeñada á la ciudad puede tener dos fines: ó para depositar en las lecherías y cafés, ó para vender por las calles.

¿Cómo se conduce hoy á la Habana? Verdaderamente los depósitos de transporte no reunen ninguna condición higiénica; pués, prescindiendo de su estado de deterioro, son de lata, con boca estrecha y muy profundos los mayores.

El depósito de metal, aún el no oxidado, el que reune buenas condiciones materiales; es decir, que sea nuevo, no es el más apropósito para transportar la leche: hemos hecho el siguiente experimento: una leche vista ordeñar, de reacción neutra, la colocamos en dos vasijas límpias, destapadas, una de vidrio y otra de lata; ántes de las seis horas la leche contenida en la vasija de metal daba reacción ácida, la contenida en la de vidrio permaneció neutra aún á las 24 horas y sin fermentar; la de la vasija metálica á las 24 horas estaba en completa fermentación, dividiéndose el líquido en caseum y suero, con reacción marcadamente ácida y de olor repugnante. Ambas estaban en la misma atmósfera y á la misma temperatura, y en este caso la vasija de lata no había perdido su estañado, que cuando el estaño desaparece y el hierro oxidado forma la superficie, los ácidos de la leche, combinán-

dose con la base metálica, pueden hacer que el líquido no reaccione francamente sobre el papel azul de tornasol y no por eso hemos de creer que allí no haya una verdadera fermentación.

En algunas lecherías europeas se usa el hierro galvanizado para fabricar las vasijas de transporte y depósito; pero nosotros, teniendo en cuenta nuestros cambios atmosféricos, nuestros variados estados higrométricos y nuestras elevadas temperaturas, núnca las preferiríamos para depósito á las de barro, cristal ó loza. Esto en cuanto al material de que se hacen las vasijas; respécto á la forma, debemos decir que la boca estrecha dificulta la introducción de la mano para fregar bién su interior, y no cabe duda que, aún empleando agua caliente y algún desinfectante, siempre quedará la vasija espuesta á conservar gérmenes nocivos para el líquido. Todo esto aún en el supuesto de que las vasijas sean nuevas.

Todavía conservan el impropio nombre de *botijas* los cántaros que hoy se usan; aquellos que se usaron hace 15 ó 20 años reunían las dos buenas cualidades de ser de barro oxidado y de boca ancha, las cuales facilitaban el aseo é impedían la alteración del líquido.

En los pueblos rurales se usa aún la botella de vidrio, lo cuál explica los raros casos de envenenamientos por este líquido en dichas poblaciones, sin olvidar que la distancia que recorre el líquido ántes de su consumo es mucho menor; prescindiendo de apuntar otros motivos por abreviar este trabajo.

La leche que se trae á la Habana viene de largas distancias y en caballerías, pocas son las que nos llegan por ferrocarril y de lugares próximos: para consumirse por la mañana han debido ser ordeñadas durante las primeras horas de la noche, cuando no por la tarde del dia anterior; tienen, por consiguiente, ocho horas como mínimum y doce como máximum de extraidas; vienen sujetas al bataje ó sacudimiento indispensable en nuestros malos caminos y conducidas á caballo; en cualquier otro país que no tenga nuestras condiciones climatológicas, esas horas poco importarían, sobre todo si la leche viniera en buenos embases, aquí son concausas de fermentaciones variadísimas.

Estas son las leches que reclaman por parte de la Administración pública Municipal, mayor vigilancia, porque son las que se prestan al fráude y adulteración.

La inspección de las vasijas para las que se traen á las lecherías y cafés, el análisis bromatológico y bacteriológico y la vigilancia de los depósitos en que se las conserva en dichas casas, que las expenden al público, todo es en ellas realizable.

Estas leches son las más uniformes en sus cualidades porque están constituidas por la reunión de varias clases de leche. Su densidad es

más uniforme porque se compensan las cifras bajas con las altas, dando un promedio conveniente.

Apénas llega al depósito, lechería ó café, se las somete á la ebullición, costumbre empírica que hoy halla su esplicación científica en la antisépsia; por la ebullición pierde la leche gran parte de su agua, volviéndose más densa y haciéndose más fácil y segura su conservación, si no se llevase á cabo en vasijas no muy límpias y metálicas. La deducción que de esta práctica debíamos sacar es que la leche de lecherías, cafés y depósitos, debe ser más densa que la vista ordeñar, y asi resulta en toda tierra, ménos en esta Ciudad.

Nosotros hemos encontrado las siguientes densidades en leches de lecherías y cafés.

1ª	Lechería.	1015	ácida.
2ª	id.	1010	neutra.
3ª	id.	1017	id.
4ª	Café.	1032	ácida.
5ª	id.	1020	id.
6ª	id.	1027	id.
7ª	id.	1029	id.
8ª	id.	1025	id.

De manera que el término medio de la densidad de las leches de lecherías de la Habana es 1016, y de los cafées es 1026.

No debia denunciar estos hechos y el más escandaloso de los vendedores ambulantes, que han sido los principales envenenadores en esta ciudad, si no tuviese la convicción de que mis palabras han de ser recibidas por vosotros como nacidas de la más profunda convicción y de la más severa honradéz.

Las densidades de la leche que se vende al menudeo en pequeños cántaros y que es la que consumen las familias más pobres, núnca ha subido á más de 1004 y ha llegado hasta 1002.

En la leche vista ordeñar, la reacción es siempre ó néutra ó alcalina, y si ácida, muy ligeramente: en todas, absolutamente en todas las otras, reacción ácida hasta el súnmun. Es decir, señores, las leches en fermentación, quizás por desaseo, por abandono.

No creais que nuestros expendedores falsifiquen las leches con sustancias químicas especiales; se conforman con seguir el clásico fraude usado en todo el mundo; añaden agua sin tasa ni cuidado, el negocio es aumentar la mercancía; poco importa la densidad del líquido, el público no entiende de eso y la Administración es ciega. Y ninguna se presta tanto al fráude y á todo género de pillage como la que se vende por vendedores ambulantes, sin responsabilidad y sin temor á perder el crédito. Todos han visto los envases, súcios deteriorados y

con estratificaciones de fermentos de todas clases: allí se vé un verdadero mosáico de micróbios de todas las fermentaciones.



Decíamos que la leche es una emulsión, pero á la vez un líquido albuminóideo: la grasa y la albúmina, dos cuerpos fermentescibles, y la lactosa como complemento del mismo género, susceptibles todos, en condiciones de temperatura, de transformarse por la acción de los fermentos en cuerpos variadísimos: aún sin contar con la adición de sustancias estrañas, como agua ó féculas, etc.

Todo cuerpo en estas condiciones cámbia por completo su composición química por la fermentación; así vemos que el azúcar se convierte en alcohol y ácído carbónico, el alcohol en ácido acético, etc.; lo mismo pasa con la leche, que experimenta cámbios radicales que transforman el líquido en nuevos productos químicos que le dán nuevas propiedades.

Esta fermentación reconoce várias causas: 1ª su composición viciosa ó patológica; 2ª el tiempo transcurrido desde su extracción; 3ª el envase en que se la transporta y 4ª la adición de sustancias extrañas que la adulteran.

Las reses enfermas, en estado de preñéz ó recién paridas, dan leche alterada por el pus é incompleta en cuanto á sus elementos normales, cuya leche fermenta con suma facilidad y la fermentación es sumamente compleja.

La leche que lleva mucho tiempo de extraida y se agita al conducirla á la ciudad y no se transporta con todos los rigores de que dejamos hecha mención, fermenta muy fácilmente, sobre todo si no se la somete á manipulaciones de esterilización.

Los envases metálicos, mal tapados, no bien llenos, súcios, deteriorados, con restos de leche de días anteriores, dán orígen á rápidas transformaciones del líquido; pues basta para ello que un espórulo quede en la vasija, para que en el acto comience la fermentación, sin que sea dable clasificar la variación química que experimentará el líquido, porque tampoco es dable saber cual sea el gérmen productor.

En nuestra práctica no hemos encontrado en la leche otra adulteración que la de la densidad por médio del agua, y sabido es que el agua lleva innumerables gérmenes, que van á sumarse con los própios de la leche y con los que este líquido ha recogido en las vasijas y lecherías.

La misma complejidad de la leche dificulta conocer á priori las distintas evoluciones de los fermentos que en ella encuentran médio de cultivo, centro de vida.

De estos descuidos han nacido los casos de envenenamientos por la leche, los mantecados, los quesos y los pastelillos. Séase que las bactérias segreguen cuerpos especiales, dotados de caractéres alcalóidicos, ó séase que esas mismas bactérias absorvan ó descompongan los elementos del médio de cultivo, dando lugar á cuerpos sintéticos alcalóidicos, el caso es que la presencia de esos microorganismos provoca las fermentaciones y de estas nacen cuerpos variadísimos, de los cuáles algunos tienen propiedades tóxicas.

Ingeridas esas leches en fermentación han provocado síntomas alarmantes, clasificados por nuestros comprofesores médicos como verdaderos envenenamientos, como casos en que, por peligrar la vida de sus enfermos, debía intervenir la Autoridad judicial.

Sorprender el momento de la producción de esos cuerpos alcalóidicos es tarea sumamente difícil en los casos judiciales.

Los fermentos evolucionan con suma rapidéz y el producto de su secreción ó de su síntesis, encontrándose en el mismo médio y bajo la acción de otras bactérias y de otros cuerpos químicos, sufre nuevas transformaciones, y, el cuerpo que era un tóxico, pierde ó adquiere uno ó más elementos y por este sólo hecho se despoja de sus cualidades tóxicas, porque sabemos que las primeras evoluciones son más nocivas porque los cuerpos son más complejos y en las últimas ya está hecha la separación constitutiva del cuerpo.

Han llegado á nuestra mesa esos cuerpos de delito contra la salud púhlica: hemos comenzado nuestras investigaciones químico-legales buscando los tóxicos minerales, sin resultado positivo: hemos investigado los tóxicos vegetales y nos ha sorprendido la presencia de un alcalóide. Hemos agotado todos los médios para unificar sus caractéres; es decir, para diagnosticarlo y hemos visto que no podíamos colocarlo entre los alcalóides vegetales por sus reacciones contradictorias; y, finalmente, hemos acudido á su orígen y nos hemos convencido de que se trataba de un alcalóide bacteriano llamado *ptomaina.*

Y ¡cosa admirable! sorprendidos por una série de reacciones que nos llevaban á la extricnina ó á la morfina, apelamos á la reacción fisiológica y vimos que el cuerpo era inofensivo.

El problema toxicológico ha venido á complicarse por la aparición ó descubrimiento de las ptomáinas: nuevas dificultades se presentan al químico en la investigación de los alcalóides vegetales; no hay una reacción que sirva para distinguirlos de los bacterianos, y sólo puede hacerse por una série de datos negativos en unos casos, positivos en otros y por la acción fisiológica: los reactivos generales no hacen más que denunciar un alcalóide, sin determinar su naturaleza, y los especiales son los que fijan la distinción.

Hemos sorprendido en dos casos la aparición de alcalóides bacte-

rianos tóxicos: una vez en un queso de los fabricados en el país, otra en un dulce confeccionado con leche fermentada.

En ámbos casos obtuvimos por el método de Brieger, modificado, un suero que reaccionaba con los reactivos generales de Mayer, Marmé y Fauret.

Por los reactivos especiales vimos que daba color azul permanente con el bicromato de potasa y ácido sulfúrico puros; con el ferricianuro de potásio y percloruro de hierro, color azul intenso é inmediatamente; con el moliodato sódico, azul claro, siendo siempre estas reacciones proporcionales en intensidad y duración al precipitado que daba con el reactivo yodomercúrico.

Parece imposible que en más de 35 casos de análisis de quesos, leches, pastelillos y mantecados, no hayamos dado con el tóxico bacteriano más que en dos ocasiones; pero han llegado tarde á nuestra mesa los cuerpos que habían de someterse al análisis y todos vosotros sabeis que á medida que la putrefacción avanza van desapareciendo las ptomáinas.

En estos dos casos hicimos uso de la reacción fisiológica con bastante éxito, pues la consideramos como la más decisiva: con la sustancia obtenida inyectamos dos curieles, que fueron intoxicados, presentando ámbos dilatación de la pupila, temblores, convulsiones y movimientos como de hipo, dolor á la presión en la región abdominal, caida del cuarto trasero, se crisparon sus pelos, volvió opaca la córnea, indiferentes al alimento: de los dos, uno sucumbió á las cinco horas de inyectado y el otro recobró la salud, aquél recibió mayor cantidad de inyección que éste.

No queremos detenernos en hacer consideraciones sobre las ptomáinas, pués no es ese el objeto de este trabajo, ni lo necesita vuestra ilustración.

Si aseguramos que la experiencia fisiológica nos ha sacado de toda duda y ha abierto á nuestra vista el verdadero sendero en nuestras investigaciones.

En muchos casos hemos obtenido ptomáinas que por su olor y por sus reacciones nos hacían creer que se trataba de alcalóides vegetales tóxicos; pero la reacción fisiológica en animales apropiados han deshecho todas nuestras dudas.

Es frecuente práctica, aún por los profanos á la ciencia, añadir bicarbonato sódico á la leche para evitar que fermente: este es un error, la fermentación no se detiene, los alcalóides bacterianos se producirán, los ácidos desalojarán al del bicarbonato, y quedarán el álcali y el alcalóide y la leche será tóxica, apesar del bicarbonato y á despecho de la reacción alcalina.

Nos resta aún tratar la manera de conservar la leche: cuando es

vista ordeñar, debe hervírsela largo rato en vasijas de barro ó vidrio, debiendo tener presente que es una mala práctica suspender la ebullición cuando el líquido comienza á derramarse; esta operación debe repetirse en cada sesión dos ó más veces, lográndose concentrar y esterilizar la leche, dando muerte no sólo á los micro-organismos patógenos, si que también impidiendo la acción de los fermentos embrionarios que hay en el líquido, esperando que éste tome por la acción de otros fermentos las condiciones apropiadas á su desenvolvimiento. Verdad es, que sólo en ciertos aparatos, á gran presión y á altísimas temperaturas, se logra la verdadera esterilización de la leche, pero á 100° muchos gérmenes desaparecen.

Una vez hervida puede guardarse en botellas de vidrio, bien llenas y tapadas herméticamente, cuya operación debe hacerse con el líquido en ebullición, y habiendo lavado préviamente los envases con agua boratada á 100° temperatura.

Puede conservarse en la misma vasija en que se la hirvió, en una nevera, de modo que la baja temperatura impida las fermentaciones; pero hiérvasela cada vez que se vaya á hacer uso de ella, sobre todo si han transcurrido muchas horas de la primera ebullición.

La leche de lecherías, cafés y depósitos, debe someterse exactamente á las mismas manipulaciones, teniendo presente que, dado el modo con que se las conserva hoy, es sumamente peligroso tomar leche en dichos lugares déspués de las tres de la tarde.

Los quesos frescos, los dulces confeccionados con leche y los mantecados, están sugetos á las mismas prescripciones higiénicas, y si en esta ciudad ha habido innumerables casos de intoxicación, ha sido porque el deseo del lucro se sobrepone á los sentimientos de amor á la humanidad y porque se han olvidado los preceptos empíricos del aseo y de la Higiene.

***

Pero ¿qué transformación ha sufrido el ganado, la leche ó los pastos, que ahora es cuándo la leche, los quesos, los pastelillos y mantecados producen intoxicaciones?

Permitídme que yo pregunte á mi vez: ¿Los casos de *cólera nostras*, los de cólera infantil, los de perniciosa coleriforme, eran en otros tiempos y ántes de nuestras investigaciones tales casos de cólera y perniciosa coleriforme?

Hace como dos años que no leemos la palabra cólera esporádico de los adúltos en nuestras estadísticas médicas; miéntras que en un quinquénio anterior encuentro 73 casos de dicha enfermedad, que me inclino á creer que eran otros tantos casos de intoxicaciones por la leche y sus preparados.

El cólera infantil tiene para nosotros la misma etiología, y fijáos en que los niños que son lactados por la madre, al pecho, rara vez sucumben de dicha enfermedad: el contingente de muertes nos lo dá la lactancia artificial.

El cólera infantil lo veréis correr paralelo con las temperaturas; también corren al unísono las fermentaciones.

Deficientes son nuestras observaciones, pero no por deficientes ménos valiosas:

En las estadísticas médicas, publicadas en un quinquénio anterior á 1888, vemos lo siguiente:

Cólera nostras..........................	73 defunciones.
Cólera infantil..........................	570 id.

Hace dos años próximamente que no leemos la palabra *cólera nostras* en las estadísticas de la Habana.

Respecto al cólera infantil debemos hacer presente que las estadísticas demográficas, publicadas por *La Crónica Médico-Quirúrgica* de la Habana, nos dan á conocer hechos que han pasado desapercibidos en años anteriores. Guarda relación íntima la curva de la temperatura con los casos de defunción de los niños de enterítis coleriforme y atrépsia, paridad que se ha notado ya en la América, Alemania y otros paises.

AÑO DE 1888.

	Defunciones	Temperatura	Humedad
Enero..................................	17	21.9	73
Febrero................................	14	22.4	73
Marzo..................................	6	22.8	67
Abril..................................	6	23.7	67
Mayo...................................	33	25.3	75
Junio..................................	55	26.9	76
Julio..................................	38	27.7	77
Agosto.................................	39	28.5	72
Septiémbre.............................	21	26.9	79
Octubre................................	17	26.0	78
Noviémbre..............................	25	23.6	78
Diciémbre..............................	24	31.1	70

AÑO DE 1889.

Enero..................................	26	22.0	80
Febrero................................	37	22.1	77
Marzo..................................	42	21.9	68
Abril..................................	47	24.3	69

Mayo..........	50	25.7	66
Junio................................	42	27.5	74
Julio.....	29	28.0	74
Agosto	23	27.2	76
Septiémbre..	11	27.6	77
Oetubre	14	25.2	73
Noviémbre..........,...............	19	24.5	75

La temperatura es la média de cada mes; de manera, que en aquellos meses en que parece no cumplirse la ley de paridad, consiste en que la máxima permanente es la que dá los easos de defuneión.

Señalamos el hecho y dejamos el estúdio de esta euestión importantísima á nuestros eomprofesores médicos, seguros de que, junto eon el cólera nostras, desaparece el cólera infantil, viniendo á eonfundirse bajo la denominaeión de intoxicaeiones per la leche.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Ulriei.

El Dr. Ulrici: Basándose en análisis comparativos de diversas leehes, estableee la igualdad entre los pastos de Normandía y los de la Isla de Cuba. Desea saber qué difereneias ha encontrado el Dr. Delfin entre las ptomaínas de la leche y ciertos alealóides vegetales.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. San Martín.

El Dr. San Martín: Hizo algunas eonsideraeiones que demuestran la difereneia obtenida en la antisépsia de la leche, según sea hervida en vasija eerrada ó al áire libre.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Wilson.

El Dr. Wilson: Hizo ver la influencia del estío en las fermentaciones de la leehe, refiriéndose á artíeulos que anteriormente publieó.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Reynerí.

El Dr. Reyneri: Insistió en la funesta influencia de la leche, eonsiderada bajo el punto de vista de las fermentaeiones, y llamó la atención sobre los estados patológieos del intestino que se observan con caráeter permanente en los niños.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Dueñas.

El Dr. Dueñas: Apoya las ideas del Dr. Delfin eon datos de su propia experiencia. Hizo ver la confusión etiológica que existe con motivo de la dispépsia y otras afecciones gastro-intestinales de la infancia, tanto agudas como crónieas, y terminó exponiendo el buen resultado que obtenía en su práctica eon el uso de los antiséptieos locales: quinina, salieilato de bismuto, ete.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Tamayo.

El Dr. Tamayo: Pregunta qué difereneias pueden existir entre el *tirotoxicón*, alealóide encontrado en el queso, y aquél á que alude el Dr. Delfin, por su presencia en la leehe. Crée que es de gran impor-

tancia la elección de las vasijas que se destinan á envasar ese producto alimenticio y propone, para garantir la esterilización de la leebe, el uso de los pomos de cristal.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. García Rijo.

El Dr. García Rijo: Aludiendo al trabajo anteriormente presentado por él, tráta de establecer las condiciones diferentes que concurren á la génesis de los accidentes que produce la fermentación de la leche. Aconseja también el empleo de las sustancias antisépticas.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Moreno.

El Dr. Moreno: Hizo la descripción de un sencillo aparato para esterilizar la leche, que encontró en un número del *Boletín de la Sociedan de Terapéutica* de París.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Vila.

El Dr. Vila (de Cienfuegos): Manifestó la conveniencia de saber si era ó nó anaeróbio el fermento descrito por el Dr. Delfin, pues de la aclaración de ese hecbo podría recomendarse, ya la estracción neumática de la leche, ya la aereación.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Diago.

El Dr. Diago: Hace ver la analogía que existe entre las conclusiones del Dr. Delfin y las que presenta el Dr. Baginski en un estúdio que se refiere á 18,000 casos de afecciones intestinales.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Delfin para replicar.

El Dr. Delfin: Contestó diciendo que en nada se parecía el *tirotoxicón* á las ptomaínas descritas por él y que dan las reacciones de los alcalóides. En un caso recientemente observado, practicó el análisis químico y encontró, al mismo tiempo que las ptomaínas dichas, estricnina, pudiendo distinguir perfectamente ámbas sustancias. Agregó que las ptomaínas poseían un carácter absorbente y que la absorción del ácido carbónico iba acompañada de efervescencia. Terminó esplicando largamente los motivos de no poder usarse los vasos abiertos para conservar la leche al abrigo de la fermentación.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Acosta para leer su trabajo:

La rabia y el tratamiento de Pasteur en la Habana.

Por el Dr. E. Acosta.

I.

El 26 de Octubre de 1885 un hombre, sábio, después de largas experiencias y sérios estudios, presentaba á la Académia de París el resultado de ellos, demostrando que la rabia podía evitarse y disminuirse notablemente el tanto por ciento de la mortalidad que causaba. En

apoyo de su teoría, y excluyendo las experiencias hechas en numerosos y distintos animales, presenta al pastor Jupille y á Meister, á quienes acababa de practicar con éxito las inoculaciones.

Semejante descubrimiento no podía quedar oscurecido, y bién pronto es acogido en casi todos los grandes centros científicos, dónde iba á ser sancionado. No faltaron, sin embargo, detractores al método de Pasteur, y muchos lanzaron la acusación de que producía la rabia en lugar de curarla.

Todos vosotros conoceis las discusiones sostenidas en la Academia de Medicina de París, en la que intervinieron sábios de la talla de Peter, Vulpián, etc., etc., y como ha dicho, hace poco, el profesor Grancher, en esas discusiones científicas, dónde el ataque y la defensa fueron igualmente ardientes, todo se dijo á favor y en contra del método de las vacunaciones antirábicas: los adversarios sostenían que el método era ineficáz y peligroso, según los casos; los partidarios proclamaban, al contrario, que la vacunación anti-rábica era inofensiva y en extremo eficáz.

Las discusiones del método de Pasteur fueron provocadas, como sabeis, por una comisión inglesa; no obstante, esta comisión, compuesta de los sábios más célebres de Inglaterra, entre ellos el reconocido fisiologista Horsley, fué á París, y, después de estudiar profundamente la cuestión, volvió á Inglaterra y repitió las experiencias de Pasteur; la comprobación duró más de un año; la conclusión de la comisión fué «que Mr. Pasteur había descubierto un método preventivo de la rabia, comparable á la de la vacunación contra la viruela».

Antes de concluir este punto, nos parece oportuno repetir las frases de Mr. Charcot, con motivo de estas discusiones: dice Charcot, «el inventor de la vacunación anti-rábica puede hoy dia, más que nunca, marchar con la cabeza alta, y perseguir en adelante el perfeccionamiento de su trabajo glorioso, sin dejarse dominar un solo instante por los clamores de la contradicción sistemática, ó por los murmullos insidiosos de la denigración.

A pesar de la desconfianza, de las dudas y de las resistencia opuesta á la práctica de las vacunaciones anti-rábicas, ella vence, y así vemos como inmediatamente se establece en Rusia, Odessa, San Petesbourg, Moscou, Milán, Turín, Palermo, Nápoles, Bologne, Viena, Constantinopla, Barcelona, Bucarest, Rio-Janeiro, Buenos Aires y Chicago, y como en efecto disminuyó la mortalidad de esta enfermedad, que desde entónces era mortal y para lo cual la terapéutica era impotente y hasta vulgar y ridícula.

No pasó mucho sin que, grácias al esfuerzo particular del Dr. Santos Fernández, se estableciera en esta ciudad un Laboratorio Bacteriológico é Instituto de vacunaciones anti-rábicas, que vino á llenar una

necesidad imperiosa, y que ha prestado, como se esperaba, señalados servicios á todos los habitantes de esta Isla.

Al frente nosotros de esta Sección del Laboratorio, creada por el Dr. Tamayo, que nos ayuda, y al que debemos sábios consejos, venimos ante vosotros á exponer nuestro trabajo, nuestras experiéncias, y por último, á demostraros con datos estadísticos la excelencia del método que inmortalizará á Pasteur.

II.

Numerosas son las experiencias que hemos hecho para convencernos que los conejos que trajeron de París morían de rabia, y que al morir su cerebro y médula trasmitían la enfermedad á otros conejos; á hacerlas, más nos obligaron las dudas que algunos compañeros nos expusieron al ver un conejo en el período de parálisis; estas dudas tenían por base la posibilidad de producir en el conejo los mismos fenómenos paralíticos, inoculando por el mismo procedimiento un líquido en que se hubiera triturado cerebro sano, ó bién fragmentos de riñón, hígado ó bazo de cualquier animal sano.

Nosotros, queriendo, por otro lado, convencernos de la verdad de los hechos, hicimos las experiéncias que brevemente reseñaremos.

1º Extraído el bulbo de un conejo de la série de Pasteur, preparamos el vírus con todas las precauciones de asépsia é inoculamos dos conejos por trepanación debajo de la dura madre. Acto contínuo, sacrificamos un conejo sano, y, extraído su cerebro, preparamos vírus con las mismas precauciones empleadas anteriormente, y con él inoculamos dos conejos por trepanación y debajo de la dura madre.

De ámbos vírus se hicieron siémbras bacteriológicas en gelatina y agar-agar, cuyos médios de cultivo no germinaron.

Estos cuatro conejos fueron aislados y observados cuidadosamente; ocho dias después, los inoculados con cerebro rabioso, estaban paralíticos y morian rabiosos, miéntras que sus compañeros gozaban de una salud completa; aún más todavía, un mes despnés á estos últimos conejos los sometimos á otra prueba más convincente; á uno de ellos le inoculamos por el sitio en que habíamos hecho la trepanación tres gotas de una disolución de cerebro rábico, miéntras al otro le introducíamos la misma cantidad de caldo esterilizado solamente. El primer conejo murió de rabia, miéntras que el segundo, á pesar del traumatismo sufrido por dos veces, se mantuvo bueno durante mucho tiempo·

2ª A tres conejos completamente sanos le inyectamos, debajo de la dura madre, tres gotas de agua destilada y esterilizada; veinte dias después estos conejos estaban alegres y contentos.

3ª Sacrificamos á un conejo sano y nos apoderamos del hígado: un pedazo de éste, reducido á pequeños fragmentos, fué triturado en caldo esterilizado; con este líquido inoculamos á seis conejos por trepanación, y en ninguno observamos la más ligera parésia: un mes después fueron aprovechados para el servicio de la rabia y á su tiempo morían rabiosos.

4ª A un carnero, al que se sacrificó para approvechar su sangre en la confección de un médio de cultivo (suéro) le extraemos un riñón: con el mayor cuidado posible, separamos un fragmento de la parte central y lo trituramos en caldo: inoculados con este líquido cuatro conejos, dos curieles y dos ratones, ninguno de ellos murió.

Estas mismas experiéncias fueron repetidas sin resultado en la cámara anterior del ojo, cuándo comprobábamos la trasmisión de la rabia por este órgano.

III.

El tratamiento de las inyecciones preventivas empezamos á practicarlo en Abril de 1887, desde la instalación del Laboratorio, que se inauguró el 8 de Mayo. Por primera vez en un clima intertropical se aplicaba el tratamiento de Pasteur y el 5 de Setiembre del mismo año 34 enfermos tratados por el método intensivo no habían presentado novedad alguna, que pudiera atribuirse á las mordidas tratadas, ni á las inyecciones que se les practicaron. En Diciembre del mismo año, 49 personas más fueron asistidas con idénticos resultados, apesar de que uno de los tratados, mordido por perro rabioso, comprobado experimentalmente, se presentó en el Laboratorio 26 días después de mordido.

El primer caso desgraciado ocurrió el año 1888 después de tratadas 105 personas y en condiciones especiales. Una mujer de 30 años fué mordida por perro rabioso, comprobado por inoculación á conejos, el 30 de Abril del 87. Se sometió al tratamiento intensivo doble, terminado el 28 de Mayo. A los diez meses de salud completas es mordida de segunda vez por un perro que no pudo adquirirse y, teniendo en cuenta que había sufrido ya el tratamiento intensivo doble, se la somete á una sola série; 40 días despues de la segunda mordida es atacada de síntomas rabiosos que producen la muerte en 6 días. El Dr. Tamayo, que publicó el caso en el número 5 de la *Crónica Médico-Quirúrgica*, del año 88, llama la atención del período de inmunidad concedido por el primer tratamiento, que duró más de 9 meses.

El segundo caso de muerte, observado en el Laboratorio, tuvo lugar en un hombre del campo, mordido por un perro rabioso en la naríz, donde presentaba 3 cicatrices; á los 26 días de herido se presentó en

el Laboratorio. El estado de excitación nerviosa y ansiedad moral era muy marcado y, en la posible presunción de una incubación tardía, se le hace la primera série de inyecciones del método intensivo; pero ántes de comenzar la segunda, aparecen los sígnos de la rabia que causan la muerte en tres días.

Otro mordido acudió al Laboratorio, pero sólo se hizo una inyección y no volvió después. La rabia se presentó á los 15 meses y murió en el Hospital Reina Mercedes, dónde pudimos hacerle la autópsia y trasmitir la rabia á vários conejos con inoculaciones del tejido nervioso.

El cuarto caso se refiere á un niño de 9 años, tratado en el Laboratorio por el método intensivo doble, á los 6 días de mordeduras profundas recibidas en el labio superior. Los primeros síntomas se presentaron al mes de las mordeduras y murió 16 días después de la última inyección.

Tres indivíduos más han muerto después, á pesar de haber recibido un tratamiento completo.

En resúmen; desde el 15 de Abril de 1887 al 31 de Diciembre de 1889—306 personas han recibido el tratamiento de las inoculaciones preventivas por el método intensivo doble. En este número, dos personas solamente han muerto después de recibir el tratamiento completo, pues no deben contarse el segundo caso, que sólo recibió una série por declararse la rabia ántes de la segunda y el tercer caso, que sólo recibió una inyección por no volver al Laboratorio é ignorarse su domicilio. Y es de notar que de los fallecidos, después de tratados con la regularidad debida, el uno falleció después de la segunda mordida, tratada por una sola série y el cuarto á consecuencia de mordeduras que perforaron el labio superior

Si se restringen esos dos casos de tratamiento incompleto, tenemos 5 muertos por 306 tratados regularmente, lo que dá una mortalidad de 1.63 por 100.

Comparemos nuestra estadística con la de Pasteur que dá 1.82 por 100; la de San Petesbourg 2.68 por 100; la de Odessa 1.41 por 100; Varsovia 3 por 100; Milán 0.60 por 100; Nápoles 1.50 por 100, etc., y se verá que arroja una proporción satisfactoria.

Ahora bien, si recordamos que la mortalidad ántes de las vacunacíones era de 20 por 100 para Vulpian, de 14 por 100 para Dieulafoy, 15 por 100 en el Departamento del Sena y 31 á 34 por 100 para Bouley, se comprenderán los beneficios indiscutibles de las inoculaciones.

Además, durante este tiempo han muerto en distintos puntos de la Isla, según tenemos noticias, 8 indivíduos que no han recibido tratamiento alguno; si la mortalidad de la rabia no tratada fuese igual á la tratada por las inyecciones preventivas, que nos dá 1.63 por 100 en

306 inoculados, los 8 no tratados corresponderían á 2,448 indivíduos mordidos y no sometidos á tratamiento: esta cifra es exagerada si se tiene en cuenta que vienen al Laboratorio de todas partes de la Isla y que sólo hemos recibido hasta el presente la visita de 700 personas.

Con estos datos creemos no pueden negarse sériamente los beneficios del tratamiento de Pasteur, ni tampoco imputarse consecuencia alguna á la práctica de las inoculaciones antirrábicas.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Santos Fernández.

Dr. Santos Fernández: Propone enviar un telegrama á Mr. Pasteur, para significarle la adhesión del Congreso, en vista de los resultados de su tratamiento entre nosotros. *(Aprobado).*

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Cuervo.

Dr. Cuervo (de Sancti-Spíritus): Desea saber si todos los indivíduos inoculados en el Instituto fueron mordidos por perros rabiosos.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Cacho.

Dr. Cacho (de Trinidad): Hace constar que de cuatro indivíduos mordidos en Trinidad por un perro rabioso, los dos que curaron, fueron los que se sometieron en el Instituto á las inoculaciones preventivas de Mr. Pasteur.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Aróstegui.

Dr. Aróstegui: Pregunta si un indivíduo mordido por un perro rabioso ha de ser forzosamente rabioso, y si ha establecido la estadística de mortalidad por la rabia, ántes y después del tratamiento de Pasteur.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Sáenz Yáñez.

Dr. Sáenz Yáñez: Aplaude, por justísima, la felicitación al Dr. Pasteur y pide que se le tribute otra al Dr. Santos Fernández por la creación de su Instituto de vacunación antirrábica, anexo al Laboratorio histo-bacteriológico.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Acosta para replicar.

Dr. Acosta: Dijo que había demostrado por la experimentación y por la clínica, que todos los indivíduos inoculados fueron mordidos por perros rabiosos; que dichas inoculaciones no se practicaban sino en caso de certidumbre ó duda por lo ménos, cuando el perro no pudiera ser sometido á observación: que los casos descritos por el Dr. Cacho venían á demostrar plenamente la ventaja de las inoculaciones preventivas. Y al Dr. Aróstegui dijo que era cási imposible conocer la estadística de la mortalidad de la rabia ántes del tratamiento Pasteur, por no existir las cifras.

Dr. Aróstegui: En las tablas obituarias del Dr. Valle.

Dr. Tamayo: No señor.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Saladrigas para leer su trabajo:



Tuberculósis pulmonar.

BREVES CONSIDERACIONES RELATIVAS Á SU TRATAMIENTO POR LAS INYECCIONES RECTALES GASEOSAS Y POR EL TANINO.

Por el Dr. D. Enrique Saladrigas.

Señores: Las perplegidades é incertidumbres que han ejercido en mi espíritu la elección de un asunto que satisfaciera las exigéncias del actual movimiento científico, no son ciertamente imaginables.

En semejante trabajo de selección intelectual, el pensamiento ávido de hallar un punto de apoyo en los problemas de la Medicina contemporánea, recorre grandes distancias, experimenta fuertes alternativas, parece que, falto de fuerzas, vá á decaer; pero una reacción, —señal de vida—le conduce al lugar dónde encontrará sintetizados en luminosos principios, las inspiraciones de que ha menester para afianzarse en las ideas, poderosos baluartes que le fijarán, al cabo, su estabilidad.

Y débese esto, más que á la mayor ó menor aptitud—en este caso bastante insuficiente—al aumento cada día más considerable de los progresos realizados por la Ciencia en las diversas esferas de los conocimientos médicos. No obstante de la tendencia harto unitaria de los trabajos de la moderna medicina, se hace difícil en el terreno clínico la solución de no escasas entidades morbosas, que si es cierto no existen dudas acerca de sus *etiologías* y *patogénias* etc., no sucede igual con respecto á la manera de cómo han de ser tratadas en los organismos enfermos.

Diríase *a priori* que se sostiene una séria oposición, en el orden práctico, entre las enseñanzas de la Bacteriología, por ejemplo, demostrándonos las causas positivas de algunas enfermedades y el tratamiento, que conforme á estos principios es preciso prescribir. Sin embargo, discurriendo con algún sentido místico sobre los interesantísimos adelantos que la Bacteoriología ha inspirado á los estudios médicos especialmente, se advierte para legítima expansión del espíritu, una como verdadera centralización de ideas. El aspecto que presentan los problemas médicos de hoy es muy distinto, desde luego, al que ofrecían en tiempo de nuestros antepasados. No es extraño, pues, que las nuevas teorías hayan determinado nuevas corrientes, armando al clínico, sobre todo, de médios enérgicos para triunfar, en momentos oportunos, contra el conflicto que á menudo se establece entre la célula orgánica, elemento imprescindible de nuestra estructura y la célula de otro organismo: el micróbio.

***

La tuberculósis pulmonar: bréves consideraciones relativas á su tratamiento por las inyecciones rectales gaseosas, y por el tanino, es el tema que me propongo demostrar en este importante movimiento de nuestra actividad científica. Por decontado, que no he de ocuparme aquí de la historia pasada de esta enfermedad, lumínicamente juzgada por los clásicos: he de insistir particularmente sobre los interesantes progresos de índole experimental y clínicos, realizados por las distintas escuelas que en las postrimerías de este siglo han fijado la naturaleza bacilar de esta afección y determinado, en el terreno práctico, las conclusiones de reconocida utilidad. Terminaré este trabajo con observaciones personales acerca de los dos tratamientos ya indicados, empleados en los enfermos del Hospital Civil «Nuestra Señora de las Mercedes» juntamente con los juicios clínicos que se me antojen oportunos.



El carácter microbiano de la tuberculósis pulmonar es asunto que no se discute hoy. Recordaréis, á este propósito, la comunicación que dirigió á la Academia de París, allá por los años 1865, el profesor Villemín, en la que demostraba, por las inoculaciones practicadas en conejos, la acción inyectante de la materia tuberculosa. Semejante experiéncia, junto á los estúdios de Pasteur, que desde ha tiempo ofrecia sobre las fermentaciones, probando ser estas la obra de infinitos micro-organismos; el génio de Koch, apoderándose quizás de estas nociones elaboradas por su prestigiosa inteligencia, descubre en 1882 el bacilo tuberculoso. No he de repetir aquí las experiéncias que se han realizado para la demostración en todo proceso tuberculoso del bacilo. Procedió como Davain para la bacteriodia carbunclosa: esto es, cultivar el bacilo y producir, por la inoculación del producto de cultivo, la tuberculósis, afirmando Koch, de esta suerte, la cáusa de esta afección. No es extraño que tamaño descubrimiento levantara en algunos observadores protestas más ó ménos sinceras, que no en balde es ley humana que toda innovación, sea cual fuese el órden de hechos, dé motivo de desconfianza en sus primeras tentativas. Así, las conclusiones de Kock fueron criticadas por Klebs y Spina. La opinión de Klebs, sosteniendo ser la causa de la tuberculósis otros micrococus que se hallaban en sus productos y nó el el bacilo; arguyendo que éste no se encontraba con fijeza, á pesar de haberse observado en las heces de los indivíduos sanos, y negando, por último, fueran los bacilos séres organizados, nada de esto es sostenible hoy. No tardó en reconocerlo de esta manera el mismo Klebs al modificar, como lo hizo, su modo de pensar, admitiendo al cabo, no sin restricciones concernientes á su significación, el bacilo de Koch.

Un nuevo argumento venía á apoyar, en cierta medida, esa opinión de Klebs. Hago alusión á esas masas zoogléicas, de forma y volúmen variables, constituidas por numerosos micrococus inmóviles, muy unidos los unos á los otros y de extrema finura. Los profesores Malassez y Vignel creyeron que estas masas de zoogleas en los productos tuberculosos podían demostrar la existencia de una tuberculósis sin bacilos. Representarían en los tejidos que ellas infectan el papel de cuerpos extraños globógenos: tendríamos, según este juicio, una tuberculósis zoogléica y una tuberculósis bacilar. Pero esta dualidad, que parecía imponerse á las inteligencias de aquellos observadores, es destruída más tarde por la presencia del bacilo de Kock en las nuevas y repetidas inoculaciones hechas con esos mismos productos. Surgió naturalmente de estas experiencias el siguiente problema: ó las masas de zoogleas señalan las fases iniciales del bacilo, ó en los productos inoculados éste se ha introducido accidentalmente. La mayoría de los pensadores sobre este dilema aceptan la primera interpretación. No he de molestaros con las apuntaciones y júcios que se han emitido acerca de este particular. Bien se me alcanza que la teoría bacilar, por otra parte, no está exenta de algunas argumentaciones. El Profesor Jaccoud las estudia en muchas de sus notables conferencias pronunciadas en el Hospital de Piedad—1883-84. Las experiencias de Malassez y Vignal, de que he hablado, sirven á aquel eminente patólogo para limitar, hasta cierto punto, las consecuencias de esta concepción etiológica de la tuberculósis. No se maravilla, desde luego, que un micro-organismo presente várias formas sucesivas en su evolución, y para el caso particular de esta enfermedad, es posible que las masas zoogléicas indiquen las formas iniciales de parásito y por desarrollos ulteriores se transformen en bacilos. Hay en esto dos hechos para mí concluyentes y que resuelven el punto que las inoculaciones de las masas zoogléicas han dado el bacilo, y que estas zoogleas desaparecen tan pronto como se muestra aquél.



La biología de los micróbios es sumamente compleja y la tuberculósis, enfermedad microbiana, no puede constituir excepción. El indivíduo tuberculoso constituye, por tanto, un estudio complicadísimo. Además del bacilo como causa, añádase otro elemento que interviene directamente á hacer más conplejos los fenómenos observados en esta afección: el organismo. Es de observación vulgar que la absorción del bacilo específico por un organismo, en condiciones de perfecta salud, no crea la enfermedad. Necesítase, por lo ménos, una disposición que favorezca el desarrollo y multiplicación del parásito. El

mismo Koch proclamaba en el Congreso de Wiesbaden, la existencia de terrenos refractarios, ingeniándose así los partidarios de su teoría en buscar terrenos favorables en la nutrición del bacilo. Resulta de esto dos condiciones: la absorción del agente patógeno y lo que podemos llamar la conseción del organismo. Séame permitido decir que la teoría bacilar de la tuberculósis debilita un tanto la opinión más estendida de la predisposición orgánica, de igual manera la inmunidad de que parecen estar dotados ciértos organismos. Se me argüirá que en algunos lugares, en Falkcineteir, por ejemplo, no se ha observado, por espacio de quince años, en las encargadas de las enfermas de ese asilo, caso alguno de tuberculósis. Se me figura que puede aplicarse, más que á esa inmunidad, á las condiciones de rigurosa higiene que en este, como en otros puntos, se emplea.

La fisiología experimental nos enseña á diário que las modificaciones del médio de cultura, por pequeñas que se les pueda imaginar, bastará á facilitar ó á impedir el desarrollo de tal ó cual micro-organismo. En este sentido la inmunidad á continuar la tuberculósis ó cualquier otra enfermedad microbicida, puede concebirse. Estúdios experimentales recientes han determinado, además en animales, la inmunidad artificial. El profesor Casagnis, Director Anatómico del Hospital Civil de Venecia, ha realizado experiéncias de este género. Discurriendo que modificando el médio orgánico, en el cual podían desarrollarse los bácilos tuberculosos, se conseguiría, al fin, un terreno poco ó nada apropiado para su procreación, ideó someter á dos conejos, durante cincuenta días, al yoduro de potasio, por inyección subcutánea, á la dósis de tres centígramos. Pasados estos días, tomó de un esputo bien nutrido en bácilos diez centígramos, que fueron inyectados en los dos conejos de la experiéncia. Treinta y cuatro días después de esta inoculación, muertos los conejos por inhalaciones de cloroformo, no presentaron lesiones tuberculosas. No conforme el profesor Casagnis con esta experiéncia, que le pareciera algo fortuita, intentó con otras sustancias producir en conejos esta inmunidad. No tuvo éxito.

Tanto en el arsénico, ácido fénico y otros cuerpos, los animales inoculados con esputos tuberculósos murieron con las lesiones típicas de esta enfermedad.

El alcance de esta observación es indiscutible. A mi juicio, no sólo nos enseña á interpretar el sentido de lo que debe entenderse por inmunidad,—que se adquiere modificando el médio orgánico—si que también inspira fuertes probabilidades de que en un organismo en condiciones de tuberculizarse, puede impedirse, por la administración de ciertas sustancias, el funesto trabajo del bácilo.

***

La virulencia del bácilo tuberculóso es de las más sorprendentes. Ni aún la permanencia en terrenos refractarios los hace incapaces para proseguir su labor de destrucción en organismos adecuados. Conservan en aquellos todas sus aptitudes morbosas y las ponen en actitud, tan pronto como el médio que se les presenta reune las condiciones própias á su existencia. Quedan inactivos en el entretanto no se les ofrece razones de vida. Era opinión general que ciértas espécies de animales escapaban á la infección tuberculosa; tales eran los pájaros, los pollos, en una palabra, la estensa familia de las gallináceas. Pero, á no dudarlo, después del descubrimiento del bácilo de Koch, hechos indiscutibles han probado que el verdadero tubérculo bacilar, puede infectar á todos los órganos de estos animales. Por una parte Lacher, en 1871, demostrando que la tuberculósis del hígado no es rara en los pájaros; Böllinger, relatando experiéncias múltiples de inoculaciones tuberculosas por ingestión en algunas palomas, y por otra Nocard, por inoculaciones peritoneales y celulares, produciendo la tuberculósis en estas espécies de animales, las incertidumbres quedaban, pues, desvanecidas. Pero lo interesante aquí es que estos animales *tuberculizados*, pero no *tuberculósos* son suceptibles de comunicar esta enfermedad á otros organismos. La virulencia, como decía, no pierde fuerzas. Este hecho se encuentra, por lo demás, perfectamente comprobado experimentalmente por el profesor Hippolyte Martín.



¿En el terreno clínico, la teoría bacilar responde á las esperanzas forjadas por los entusiastas de ella? ¿Existe alguna relación entre los síndromes que se observan entre las tuberculósis y algunas formas de bácilo?

Es evidente que el descubrimiento del bácilo inspírase á las inteligencias el propósito de terminar con esta afección. Sin embargo, á pesar de sentimiento tan natural, el límite de ese entusiasmo se impone á todo observador reflexivo. No sucede, por desgracia, con la tuberculósis lo que acontece con ciértas enfermedades también microbianas, esto es: el *restitutio ad integrum*. Con todo, es innegable que la teoría bacilar nos dá el conocimiento de ciértos médios para triunfar, sabidas como son las condiciones de vida de este micróbio, en determinados casos. Además, esta concepción bacilar nos ayuda ventajosamente á impedir también, en momentos oportunos, la infección consiguiente á la penetración del bacilo. De otra suerte no se hubiera llegado á los interesantísimos estúdios de esas verdaderas intoxicaciones producidas por las secreciones de los micróbios. La acción que cumplen en el trabajo de infección las matérias solubles, excretadas por estos séres

infinitamente pequeños, no tardará, así es presumible, en esplicar muchos puntos aún oscuros sobre ciértas ptomaínas de algunos micróbios patógenos. Que yo sepa, todavía no se han aislado las ptomaínas que es probable segreguen el bácilo de Koch. Pero la existencia de hechos de este género, en algunas afecciones microbianas, hacen pensar en ese lejano porvenir la solución de este problema con respecto al bácilo tuberculoso, secundando, para ello, los recientes estudios de Rox y Tersin sobre la difteria, que no sólo demuestran la etiología de esta enfermedad, debida al bácilo de Klebe y Löeffer, sino que han obtenido, en curiosas experiéncias, una sustancia soluble, própia de este bácilo, la cual, inyectada en animales, ha reproducido los diversos trastornos de la infección diftérica.



Frankel, Gaffy y todos los autores que han estudiado minuciosamente la morfología del bácilo tuberculoso y diversas evoluciones en los líquidos de espectoración, han señalado el hecho de que la forma del bácilo y sus distintos aspectos se hallaban íntimamente ligados á diferencias de marcha y evolución de la enfermedad. La comprobación de la experiéncia se debe á Raymond y Artaud. Según la forma y aspecto del bácilo corresponden las variadas categorías de tuberculósis. En las tuberculósis agudas han encontrado estos eminentes profesores el bacilo bajo la forma de un bastoncillo corto, bastante grueso y de contornos limitados. Representa el grado más virulento de esta afección.

En las tuberculósis sub-agudas, la forma del bácilo se halla más alargada, ménos gruesa y de una esporulación más evidente.

En las tuberculósis lentas y crónicas se alarga aún más que en esas formas ya mencionadas. Se segmenta en fragmentos de los cuales se encontrarían esporos con indícios de esporulación; al mismo tiempo se entreven otros esporos libres.

Frecuentemente se observa en las tuberculósis agudas y subagudas esta reunión en masas, este agrupamiento de vários bacilos, tan común, por otra parte, en la tísis vulgar. Esto confirma, en mi confirma, en mi concepto, la relación bastante marcada que existe entre estos diversos aspectos que adquiere el bacilo de Koch y las formas, que en el terreno clínico puede originar. No es temeridad, por tanto, afirmar por modo indubitable, la importancia que tiene este estúdio acerca de la forma del bacilo para la acertada interpretación de los hechos clínicos mirados á diário.

⁂

Terminado este bréve estúdio, que me he impuesto para dejar bien comprendidas mis impresiones sobre este asunto, voy á ocuparme, en lo que me resta, de añadir algunas observaciones clínicas sobre tratamientos del Dr. Berjeón, incluyendo los estúdios que me son personales acerca del tanino en esta enfermedad.

La necesidad de un tratamiento etiológico se impone en este momento histórico, como se dice hoy, á todo observador. Pero ántes de entretenernos con la descripción de algunos médios terapéuticos empleados en la curación de los tuberculosos, séame permitido insistir ligeramente en el tratamiento higiénico. Por un trabajo de síntesis llegaré á afirmáros que donde se cumple esta higiene del tuberculoso de una manera rigurosa y severa es en Falkensteins. El director de este Establecimiento, Doctor Dettreuler, ha realizado, en materia de la higiene del tuberculoso, verdaderos progresos. Os diré, en pocas palabras, el órden á que se hallan sujetos estos enfermos, que parecen ménos desgraciados, y la vida en este lugar no presenta para ellos las desesperantes amarguras de esos albergues destinados, por sus fatales condiciones, á una existencia llena de indecibles angústias.

Antes de salir de la cama todo enfermo es frotado con un lienzo, ya seco, ya con un paño simplemente humedecido en algún líquido antiséptico, según el estado de cada cual. Aún los febricitantes son frotados allí con un paño seco, que los no febricitantes reciben duchas. Se consigue, de esta suerte, mantener la piel perfectamente limpia. A los pocos momentos los enfermos toman el desayuno, que consiste en café con leche, té, chocolate con mucha crema y cerveza. Enseguida cada enfermo ocupa su silla correspondiente, la que no abandona más que para dar algunos paseos por los alegres parques y jardines que circundan este asilo.

A fin de evitar toda fatiga, estos paseos no deben de exceder de 10 á 15 minutos, siendo susceptibles de renovarse cinco ó seis veces más en la mañanas. Haré constar de paso, que estos ejercícios se hacen sobre suaves pendientes: la marcha ha de ser lenta; las espaldas separadas, procurando los enfermos, así tratados, efectuar série sucesiva de inspiraciones por la naríz para ampliar, de este modo, el campo respiratorio. La comida es nutritiva y sustanciosa. Es curioso obserservar en este establecimiento que los tísicos tosen muy poco y esto se debe á una educación bien dirigida. Se les ha acostumbrado á esas grandes inspiraciones por la nariz, el mejor remédio de evitar la tos, al extremo que es raro oir toser á un enfermo más de tres veces al día. Después de la comida vuelven á su silla y toman el café al aire libre. Se les dá unos 60 ú 80 gramos de cognac que guardan para su uso en un pequeño frasco. Para reasumir, diré que en Falkenstein no existe un tratamiento terapéutico especial, exceptuando un poco de

antipirina ó antifibrína, que se prescribe en *el día.* Permanencia al aire libre, alimentación abundante, reposo y gimnásio. Según estas prácticas las curaciones se hallan, á decir de una estadística comenzada hace doce años, en la proporción de 27 por 100, incluyendo las fórmas más gráves. Los enfermos en este sanatorio permanecen por término médio de cinco á seis meses, siendo muy común verlos de nuevo entregados á sus ocupaciones y continuar en sus casas la misma vida que tenían en Falkenstein. Por fortuna no nos hallamos tan desprovistos de un establecimiento que reuna, sino por completo, todas las condiciones señaladas en el Sanatorio del Dr. Detterweiler, á lo ménos muchas de ellas existen en nuestro hospital civil. Aquella indicación, recomendada por el Dr. Th. Heryng en un reciente estúdio acerca del tratamiento de la tísis laringea, aplicable tambien á las formas pulmonares, se cumple en nuestro hospital de una manera práctica y beneficiosa. Decía este profesor eminente «que la primera condición de éxite consistía en una abundante provisión de aire fresco y la ventilación completa de los departamentos, aún durante la noche.»

Los diez pabellones ó salas del hospital «Nuestra Señora de las Mercedes» se prestan á maravillas para la asistencia de estos enfermos. Según una interesantísima memoria, redactada y publicada en los últimos días del año 1890 por el distinguido director de este Asilo, Dr. Emiliano Núñez, los departamentos tienen 26 m. 50 cent. de largo, por 7 m. de largo y 5 m. 15 cent. de altura. La capacidad cúbica es de 955 m. 325 cent. que para las 20 camas que deben existir en cada pabellón le corresponden 48 m. á cada una. Además de las ventanas, en número de seis, provistas de persianas y vidrieras que abren y cierran á modo de guillotina, midiendo 1 m. 50 cent. de ancho por 3 m. 50 cent. de altura, existen várias troneras á nivel del piso con sus orificios ventiladores en el techo: de manera, que cerradas las ventanas habrá siempre una constante renovación de aire. Estos pabellones están separados, como sabéis, por patios de 10 métros de ancho. La orientación de este edificio es inmejorable. La brisa le baña por completo. La higiene del tuberculoso está allí garantida. En el año 88, cuando me cupo la honra de desempeñar una de las plazas de alúmno interno de ese hospital, pude convencerme de las notables mejorías que estos enfermos sentían con el tratamiento higiénico practicado por el profesor Dettweiler. El Dr. Laguardia, mi amigo y maestro, médico de la sala de Santa Margarita, obligaba á sus tuberculosos á los ejercicios de que há poco hablaba cuando me refería al Sanatorio de Falkenstein y á fé que obtenía resultados satisfactorios.

Otro punto también de importancia en el tratamiento higiénico de los tuberculosos, es el de mantener abiertos, durante la noche, las ventanas de los departamentos destinados á esta clase de enfermos. Y á

mi modo de ver es perfectamente racional esta prescripción. Basta para ello recordar las diversas causas que contribuyen de consuno á la alteración del aire en las salas de estos enfermos particularmente.

Por un lado, la insuficiencia del oxígeno, aumento del ácido carbónico, productos volátiles, amoniaco, hidrógeno sulfurado, ácido y bases volátiles y quizás sustancias tóxicas, análogas á las ptomáinas, que exhala el organismo humano. Un factor último viene á añadirse en estos casos á los precedentes: la temperatura del aire confinado. Es cosa corriente, además, percibir el olor fétido que se desprende por las aberturas de los ventiladores de las salas dónde se encuentra una reunión de indivíduos. Escepción hecha de las exhalaciones pulmonares y cutáneas, cuéntese con todas las causas originadas ya por el alumbrado, ya por las esereciones y secreciones morbosas inevitables, desde luégo, en un departamento de enfermos. A este respecto, nuestro hospital civil está exento, por su construcción, de esta viciación del aire. Una corriente incesante impide, en sus pabellones, que los enfermos tuberculosos se hallen perjudicados por las iflueneias de lo que llamaba Perter, graciosamente, *el aire ensunciado*.



Uno de los tratamientos que alcanzó más auge y prestígio para la acción de la tuberculósis pulmonar, fué sin duda, las inyecciones gaseosas rectales del Dr. Bergeón. Este profesor, intentó colocar al bacilo en contacto directo y prolongado con una sustancia antiséptica, capáz de impedir en el organismo la série de funciones ya comenzada por el trabajo de estos micro-organismos.

Dos experiéncias de A. Bernard ayudaron al Dr. Bergeón para decidirse en la elección de la sustancia. A. Bernard demostró, primero, que las sustancias tóxicas administradas por inhalaciones son absorbidas rápidamente, produciendo la muerte en los animales, por su penetración fácil en su sistema arterial; y segundo, qae estas mismas sustancias introducidas en los senos ó en el tubo digestivo, se eliminaban por el pulmón, pero á condición de ser inyectado, en pequeñas cantidades y de abstenerse de una nueva inyección, en el entretanto la precedente no fuera totalmente eliminada.

Las sustancias antisépticas son, por lo general, muy tóxicas, y las precauciones señaladas por A. Bernard le eran perfectamente aplicables. Por tanto, la vía digestiva se imponía con exclusión de la vía pulmonar, pero la administración por la boca de las sustancias astringentes que proporcionan un gusto y olor desagradable; pudiendo, además, afectar el estómago, y consecuentemente acarrea nuevos obstáculos á la nutrición, bastantante imperfecta yá, de algunos tuberculosos,

determinó Bergeón inyectarlas por el recto. Aquí la absorción se hace por los orígenes de la vena porta, las sustancias son llevadas por la sangre venosa á través del hígado, las venas supra-hepáticas, la vena capa inferior, el corazón derecho y las artérias pulmonares, poniéndose así en contacto con las lesiones del pulmon. Quédale por encontrar una sustancia volátil, susceptible de exhalarse por el pulmón. Várias experiencias realizó Bergeón en animales, yá con el clóro, la trementina, el éter, yá con el amoniaco y el bromo, pero estos cuerpos habían producido una inflamación violenta del recto, hasta el punto de esfacelarse la mucosa, por cuya razón fueron abandonados.

Al fin y al cabo, el ácido sulfídrico de que se había servido A. Bernard en sus trabajos, convenía en parte á los propósitos del Dr. Bergeón. Dotado de propiedades fuertemente microbicidas y fácilmente eliminado por el pulmón, el ácido sulfídrico presentaba, empero, el inconveniente de inflamar la mucosa intestinal. Bergeón pensó entónces mezclarlo con el ácido carbónico, que, según observaciones de Demarquay, poseía también la propiedad de absorberse rápidamente por el sistema venoso y ser eliminado con no ménos prontitud por el pulmon, sin ocasinar graves accidentes. No me detendré en la descripción del aparato del Dr. Morell, que sirvió á Bergeon, Chantemesse y Connil para estas inyecciones gaseosas rectales. Sólo me fijaré en el principio que lo inspiró. El Dr. Morel piensa que una corriente de gas ácido carbónico, al pasar sobre ciértas sustancias gaseosas ó valátiles las descompone, produciéndose una disociación de elementos gaseosos que contiene. Estos elementos puestos en libertad, son arrastrados en el sentido de la corriente de gas carbónico. De esta manera Morel realizaba dos propósitos: obtener gas ácido carbónico puro primero, y hacerlo pasar, después, en un líquido medicamentoso ó sustancias volátiles en el intestino por el recto.

Recordaréis todas las esperanzas que alentó en muchos este tratamiento de las inyecciones gaseosas. Personas de grandes prestigios le aclamaban en Europa como en América, y quizás, debido á ese entusiasmo, la muerte del método de Bergeón no se hizo esperar, al extremo que nádie tomaría en sério hoy el trabajo de volverlo á la vida, apesar de los éxitos alcanzados por Chantemesse, Morel, Dujardín-Beaumetz y otros.

En nuestro hospital civil, el año pasado—1888—sometimos el Doctor La Guardia y yo á 12 enfermos al tratamiento de las inyecciones gaseosas. Según las historias clínicas, escrupulosamente estudiadas, de estos 12 enfermos, 8 experimentaron notables mejorías;—los cuatro restantes no ofrecieron síntoma alguno de alivio.—Justo es declarar que estos últimos de nuestra estadística se hallaban en un estado de pronunciada caquéxia.

De los 8 muy mejorados, dos se han mantenido perfectamente bién: tres han vuelto á ocupar de nuevo la Sala de Santa Margarita, después de siete meses de no sentirse ningún fenómeno característico, han vuelto, repito, en condiciones que no me parecieron própias, para intentar en ellos las mencionadas inyecciones, y en los tres restantes no sé la suerte que les ha cabido.

Este tratamiento tiene además, contraindicaciones muy dignas de señalarse: 1º en los casos de grandes hemoptísis; 2º cuando las dísnea es muy pronnnciada, signo evidente de invasión de tuberculósis en el pulmón; 3º la más pequeña comunicación entre la pleura y el pulmón; 4º las dilataciones aneurismáticas, y todas las alteraciones vasculares, á pesar de que Bergeón piense que estas inyecciones de sulfuro de hidrógeno, ponen sobre la circulación una acción más bién sedante que excitante. En los casos de enteritis tuberculosa, me ha sido dable observar que estas inyecciones producen efectos sérios. Las diarreas aumentan considerablemente, agravándose así el estado general de los enfermos. Creo, no obstante, en algunos casos dé buenos resultados este tratamiento; personalmente puedo presentar dos, que aún se sienten bién, según propias declaraciones. Termino aquí, no sin hacer mias estas significativas frases del Dr. Bergeón, «Querer tratar indistintamente todos los tuberculosos de la misma manera, sin tener en cuenta las diferencias que presentan bajo muchos puntos de vista, y en particular de la extensión de las lesiones pulmonares, es exponerse á fracasos ciértos, que no pueden sino engañar al médico sobre el valor de un médio terapéutico cualquiera».



Un tratamiento etiológico de la tuberculósis pulmonar es la constante aspiración del clínico moderno. Las tentativas de Bergeón con las inyecciones gaseosas yá mencionadas, las experiéncias en Alemania por Luis Weigert. (1) de las inhalaciones de aire caliente, las inhalaciones de ácido sulfídrico, tan recomendadas por el sábio Herard, las inyecciones de éter yodoformado practicadas por Jeanell y Sunlanié, etc., son pruebas evidentes de los esfuerzos para instituir un médio que obre directamente sobre el bacilo destruyéndolo. Experimentalmente no me ha sido posible, por ahora, estudiar estos procedimientos, excluyendo el del Dr. Bergeón.

Mis ensayos clínicos en el tratamiento de esta enfermedad han venido sobre el tanino. Los importantes estúdios de Artaus y Raymond,

---

(1) Aplicado por vez primera por Halter, quién reclama la prioridad Internationæles Medizinische Presse des 2 y 9 Dic. 1888.

en Francia, y de Cecherelli en Italia, acerca del tanino en la tuberculósis, me indujeron á estudiar en los casos clínicos de que podía disponer los efectos de esta sustancia. Estos profesores realizaron experiéncias de indiscutible valor. Tomaron dos séries de conejos; la primera fué nutrida con el tanino á la dósis de un gramo, y la segunda se reservó para la contraprueba. Inoculados del bacilo tuberculoso la primera série y practicada la autópsia después de diez meses de observación, no se observó en los conejos que habían tomado tanino lesión tuberculosa en sus órganos, no sucediendo esto con los de la segunda série que presentaron, al cabo de algún tiempo de la inoculación, las lesiones anatomo-patológicas del tubérculo. Este hecho experimental demuestra la acción anti-bacilar del tanino.

Con motivo de un caso (1) que tuve el año pasado en el Hospital Civil «Ntra. Sra. de las Mercedes», me explicaba de esta manera los brillantes efectos del tanino; «las experiéncias Thinmings, de Mitscherlich, de Schoff, demostraron que los tejidos absorben el ácido tánico cuando es puesto en contacto en solución concentrada, produciendo entónces, en el interior de la célula, modificaciones que se asemejan á las que se forman en el lanaje de las pieles. Podía pensarse, quizás, que el tanino, ántes de descomponerse en ácido gálico en el organismo, acciona sobre las células, lugar de elección del bacilo, oponiéndose de esta suerte á los fenómenos de karyokinésis, consecutivos á la infección bacilar».

«En el notable artículo de Cornill, referente á los fenómenos de karyokinésis, se estudian las alteraciones de la célula en presencia del bacilo».

Este trabajo, unido á los de Bangosten sobre las figuras de karyokinésis en los tubérculos de los diversos órganos, especialmente en el íris, en los gánglios linfáticos y en el pulmon, ayudan ventajosamente, á mi ver, á determinar, por una concepción general, la verdadera génesis del bacilo en las células fijas. Según las experiéncias más recientes, en este orden de ideas, las masas de los bacilos penetran y se multiplican, sin producir, en este primer período, lesiones características. Después se vé que estos elementos etiológicos de la tuberculósis, entran en las células fijas de los tejidos y por su contacto realizan, no sólo en los tejidos invadidos, si que también en los vecinos, una irritación nutritiva y fomatríz que se revela por figuras karyokinéticas y por el aumento de células fijas, células del tejido conjuntivo, endoteliales de los vasos, etc. Además de estas lesiones, los vasos arrastran los bacilos deteniéndose en los vasos capilares, ántes de extenderse en derredor

(1) Trabajo de ingreso leído en la Sesión de Estudios Clínicos, el 14 de Mayo. *Revista de Ciencias Médicas*, 5 de Abril, núm. 7. págs. 75 y 18, 1889.

de éstos. Alteradas de este modo las paredes vasculares, no tardan, por diapedésis, en dejar salir los glóbulos blancos, penetrándo en los nódulos, nérvios de formaeión, é invadiéndolo en número eonsiderable.

Tal es, á grandes rasgos, lo que nos enseña la moderna histología sobre estos fenómenos, cuya explicación alienta al espíritu para instituir, con razones de alto sentido práctieo, un tratamiento perfeetamente adecuado al proeeso morboso á que vengo refiriéndome.

De consiguiente, esforzarse en hallar una sustaneia capáz de impedir, en la multiplieaeión de las células, el aumento del baeilo, es en mi sentir, estar dentro de las tendencias, harto manifiestas, de la medicina contemporánea.

Ratifieo estas eonsideraciones y os presentaré á eontinuación la síntesis de seis observaciones elínicas recojidas con minueiosidad: hélas aquí:

Observación 1ª—D. Manuel Pérez y Pérez, Canarias, 42 años de edad. Ingresó en el Hospital el 29 de Octubre del 88. Diagnóstieo: tuberculósis pulmonar,—primer período.—Analizados los esputos presentaban bacilos. Tratamiento por el tanino. Se le dió el alta el 9 de Noviémbre del mismo año por sentirse en buenas eondieiones.

Observación 2ª—Juan García Sánchez, Badajóz. Ingresó en el Hospital el 11 de Noviembre del 88. Diagnóstieo: tubereulósis pulmonar. Analizados los esputos, presentaron bacilos. Tratamiento por el tanino. Pidió el alta el 5 de Enero del 89, en eondieiones de aparente euraeión.

Observación 3ª—El pardo Estanislao Junqué, Habana, 29 años de edad. Ingresó en el Hospital el 25 de Julio del 88. Diagnóstieo: Pleuro-neumonía traumática, tubereulósis pulmonar. Tratamiento por el tanino. Analizados los esputos, presentáron bacilos. Se le dió de alta el 27 de Diciembre del mismo año. Curado.

Observación 4ª—Baldomero Fernández Bustillo, Astúrias, 24 años. Ingresó en el Hospital el 24 de Marzo de 1889. Diagnóstico: tuberculósis pulmonar,—primer período.—Analizados los esputos presentaron bacilos. Tratamiento por el tanino. El 12 de Mayo pidió el alta por hallarse en buenas condiciones.

Observación 5ª—Asiático, Francisco López, 46 años. Ingresó en el Hospital el 12 de Marzo del 89. Diagnóstieo: tuberculósis pulmonar—primer período.—Analizados los esputos, presentaron baeilos. Tratamiento por el tanino. El 11 de Abril pidió el alta por sentirse muy mejorado.

Observación 6ª—Manuel Biestro Callejas, Astúrias, 19 años de edad. Ingresó en el Hospital el 24 de Enero del 89. Diagnóstico: tuberculósis pulmonar. Analizados los esputos presentaron bacilos. Tratamiento por el tanino. Pidió el alta el 2 de Mayo en condiciones de aparente curación.

Estas observaciones demostrarán los buenos efectos del tanino en la tuberculósis pulmonar. La observación 3ª constituye el caso más completo, debiéndose esto á que el enfermo permaneció en el Hospital durante algunos meses—desde Julio hasta Diciembre—y pudo seguirse con regularidad el tratamiento. En las otras observaciones, no tan completas como deseara, los enfermos, tan pronto se sentían mejorados, exigían el alta, cosa que no estaba en mis atribuciones, negarlas, prueban á mi juicio, los buenos efectos de esta sustancia..

No obstante, en todos ellos me fué posible ratificar sus mejorías. Los fenómenos pulmonares, soplo tubario, soplo cavernoso, estertor cavernoso, etc., fueron reemplazados por una respiración casi normal. Los sudores notablemente disminuidos; la tos en ocasiones nula: la fiébre desaparece generalmente: las diarreas cesan: las hemoptísis se detienen con facilidad. El apetito reaparece y la nutrición se mantiene en buenas condiciones.

Y haré notar, sin embargo, que, ingeriendo grandes cantidades de tanino, se produce el sindrome *dispépsia*, pero administrándolo á dósis progresivas (1), puede evitarse este molesto accidente. La forma más comunmente prescrita ha sido la pilular, sin excluir por esto, la manera de darlo en poción. No es común la constipación.

El empleo del tanino, sea dicho de paso, en la tuberculósis pulmonar, no es reciente. Ya Woiller, en 1834, le dedicó un interesante estúdio. Pidoux en su obra, (2) al hablar del tanino en el tratamiento de la tuberculósis pulmonar, se expresa en estos términos: «comprime la expansión de los elementos orgánicos, desvasculariza los tejidos y modera las secreciones.» Pero la indicación verdaderamente científica á la par que práctica de esta sustancia, es asunto de nuestros días. Los trabajos de Artaud, Raymonds y Cecherelli, ya citados, demuestran la acción anti-bacilar del tanino en animales. En el hombre su acción no es ménos cierta. De los exámenes practicados en los esputos de individuos tuberculosos, sometidos al tratamiento tánico, he podido convencerme de su poder anti-bacilar. No diré que en las seis observaciones presentadas en este trabajo, en todos los esputos desaparecieron los bacilos por completo, pero me fué dable investigar su menor número. En el indivíduo de la observación 3ª, dos días ántes de su salida del Hospital, analicé escrupulosamente su casi nula espectoración y no hallé bacilos.

Aquí, en nuestro país, profesores competentísimos lo han empleado. Recuerdo en primer término, al Dr. Juan Bruno Zayas, que prescribía en sus enfermos tuberculosos la infusión del mángle; su her-

---

(1) Hasta 6 gramos diários.

(2) Etudes generales et practiques su la Thisis, pág. 408. Ed. 1387.

mano, Dr. Francisco Zayas, que usaba el tanino, ya sólo ó con otras sustancias y, por último, el Dr. B. Saenz y Saenz, que lo empleaba unido al cloruro de sódio.

El tanino puede darse con las siguientes sustancias:

Tanino y pepsina. Tanino, glicerina y vino de Jeréz. Tanino y ópio.

No es tiempo, ni he reunido suficientes observaciones para resolver este importantísimo problema clínico. Hasta ahora se me figura que entre las sustancias consideradas como anti-bacilares, la que mejor resultados me ha dado ha sido el tanino. Me prometo, en lo adelante, proseguir en el terreno práctico, y no sé si la suerte y la constante dedicación á este estúdio, me conducirán, al cabo, á obtener mayor número de éxitos.

Por de pronto, he aprovechado la oportunidad que las actuales circunstancias me ofrecen, para presentar con honrada modestia, la labor de algunos meses en la que podréis advertir la sinceridad de mis esfuerzos y la fé que me inspiran los positivos progresos de los estúdios médicos.

RESUMEN.

He tratado de fijar en este trabajo los puntos siguientes: la naturaleza de la tuberculósis; que las masas zoogleícas representan las forma- iniciales del bacilo; que la inmunidad á contraer la tuberculósis puls monar depende, en principio, de los cámbios operados en el médio orgánico; que la violencia del bacilo tuberculoso, según lo demuestran determinadas experiencias, no la pierde en los organismos tuberculizados, aunque nó tuberculosos; que en el terreno clínico se hallan perfectamente justificadas las esperanzas forjadas por la teoría bacilar de la tuberculósis; que á cada forma clínica corresponden diversos aspectos del bacilo; de la necesidad del tratamiento higiénico en la tuberculósis pulmonar, especialmente del que se practica en Falkenstein: de las buenas condiciones higiénicas del Hospital Civil «Nuestra Señora de las Mercedes» para esta clase de enfermos; juicio clínico acerca de tratamiento por las inyecciones de gas súlfuro de hidrógeno, del doctor Bergeón; estadísticas de 12 enfermos tratados por este procedimiento, ocho muy mejorados, cuatro sin resultado: de los ocho, dos gozan aún de buena salud, tres volvieron á ingresar en el Hospital, después de siete meses de positivas mejorías, y de los tres últimos no se tienen noticias, no considerando prudente por esto la completa abstención de las inyecciones gaseosas; de las principales contra-indicaciones para el empleo de este tratamiento en los casos de grandes hemoptísis; cuando la disnea es muy pronunciada; la más pequeña comunicación entre la pléura y el pulmón: las dilataciones aneurismá-

ticas y todas las alteraciones vasculares; en casos de diarreas persistentes; de las tendencias manifiestas de instituir un tratamiento etiológico de la tuberculósis pulmonar; de los trabajos de Artaud, Raymond y Cecherelli sobre el tanino; apreciación personal del tanino en los organismos tuberculosos, oponiéndose á los fenómenos de karyokinésis, observados en las células fijas por la absorción del bacilo; de los resultados clínicos de seis observaciones cuidadosamente estudiados y que demuestran los buenos efectos del tanino, considerado especialmente como una sustancia de, entre las llamadas anti-bacilares, la que posée una acción más poderosa; la necesidad de mayor número de observaciones para fijar bien la solución del problema clínico.

BIBLIOGRAFIA.

a.—M. V. Cornil.—Article sur les phènomènes de karyokinese observès dans la tubèrculose. París, 1887.

b.—Raymond y Artaud.—Article sur les moyens de rendre l'organisme refractaire á la tubèrculose, París, 1887.

c.—Petit.—Article sur le traitement de la phtisis plumonaire par les inyections rectales (Metode de Bergeón) París, 1887.

d.—Jeannel et Laulaniè.—Tentatives experimentales sur la gueri-son de la tuberculose. París, 1887.

e.—Cavagnis Vittorio.—Article sur l'inmunitè de la tubèrculose obtenue artificialment. París, 1887.

f.—Cecherelli (Andrea).—Article sur le tanin dans la tubèrculose des os et des articulations. París, 1889.

g.—Raymond et Artaud.—Etudes sur le traitement ètiologique de la tubèrculose, en particulier par le tanin. París, 1888.

h.—Julius Cohnheim.—La tubèrculose considerèe au point de vue de la doctrine de l'infections. *Traducida del alemán al francés. Segunda edición y considerablemente modificada* por el Dr. R. de Musagrave Clay (de Pau). París, 1882.

i.—Pidoux. — Etudes generales et practiques sur la phtisis. París, 1873.

j.—E. Duclaux.—Le microbe et la maladie. París, 1886.

k.—H. Hallopeau.—Traitè èlèmentaire de pathologie general, comprenant la pathogène et la physiologie pathologique. París, 1887.

l.—E. Saladrigas.—Pleuro-neumonía traumática. Tuberculósis.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Morado.

El Dr. Morado: Recuerda el caso presentado por él á la Sociedad de Estudios Clínicos, en el cuál comprobó la disminución de los bacilos tuberculosos después de administrar el tanino.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Weiss.

El Dr. Weiss: Considera como prematuras las conclusiones que se han tratado de establecer después de aplicar las inyecciones rectales y el tanino en los tuberculosos. Crée que esta enfermedad tiene períodos de recrudescéncia y mejorías, que podrían interpretarse como efectos de la terapéutica.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Aróstegui.

El Dr. Aróstegui: Crée que el tanino puede ser útil al principio de la tuberculósis y que esta enfermedad es susceptible de curación, no debiendo olvidarse el tratamiento higiénico.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Moreno.

El Dr. Moreno: Refiere, en bréves términos, el resultado obtenido por él con la alimentación forzada en el tratamiento de los tuberculosos.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Bellver.

El Dr. Bellver: Dá á conocer los buenos efectos que ha obtenido con el empleo de la creosota, sulfuro de cálcio, iodoformo y sobre-alimentación.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Cuervo.

El Dr. Cuervo: (de Sancti-Spíritu) Manifiesta que en la tuberculósis hay que tener en cuenta variadas condiciones; entre otras, las de localidad, y circunstancias individuales. Si no se hacen estadísticas, es imposible sostener deducciones á favor de ciértos métodos terapéuticos.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Saladrigas para replicar.

El Dr. Saladrigas: Hace presente que el tanino no es la única sustancia que puede emplearse en el tratameento del tuberculoso; sólo ha querido comunicar los buenos resultados que ha obtenido en sus enfermos.

El Sr. Sresidente: Tiene la palabra el Dr. Barrena para leer su trabajos;

La cirujía abdominal en Cuba.—Estadística y resultados.

Por el Dr. Avelino Barrena.

Sr. Presidente, Sres.:

Los cirujanos de nuestra pátria, siempre ávidos de progreso, siguiendo las corrientes científicas de la vieja Europa, han intentado poner en planta la Laparotomía y la han aclimatado entre nosotros con el resultado más brillante; y la Ovariotomía, las incisiones exploratrices, la Salpingotomía la Doforectomía y la Histerectomía son operaciones de todos los días.

Años atrás, un distinguido cirujano, ya difunto, el Dr. D. Manuel

S. Bustamante, después de un diagnóstico exacto, practica la primera Ovariotomía entre nosotros, á la que concurrieron vários compañeros, alguno de ellos presente, y, aunque la operación fué muy bien hecha, la suerte no le fué propicia y la enferma murió de tétano. Más tarde el distinguido Dr. D. Francisco Cabrera Saavedra inicia la era quirúrgica presente, ejecutando una Ovariotomia, la primera de nuestra Estadística, con felíz éxito, y desde entónces acá se han llevado á término multitud de Laparotomías, cuyos números, estadística y resultados son los que me honro presentándolos al primer Congreso Médico de la Isla de Cuba.

¡Sesenta y dos operados, veinte y cinco defunciones! El resultado que arroja el método numerario es desconsolador y por él estaríamos tentados á negar el derecho de intervención; pero la verdadera estadística no debe comprenderse así; en efecto, de este modo formamos un cuadro que abarca todos los casos y los resultados á bulto. Nosotros creemos que para hacer exacta una estadística debe comprender casos semejantes para con el resultado llegar á conclusiones, y, en la nuestra, nada hemos dicho de las malas condiciones higiénicas de las habitaciones en que, forzosamente y á falta de un Hospital *ad oc*, teníamos que conformarnos, ni la mala asistencia y el pauperismo á que se dejan llegar, por incúria ó temor, las que más tarde se ven forzadas por los sufrimientos á aceptar una operación decisiva, que ya es á última hora; tampoco en él se tiene en cuenta la diversidad de operaciones, reunídas bajo un solo rubro, ni la diferente mortalidad según la clase de intervención: la Laparo-histerectomía, por ejemplo, dá nueve casos fatales en once operaciones; pues bien, esta, que ha sido muy recomendada hasta hace poco tiempo por los más afamados cirujanos de Europa y Estados-Unidos de América, con estadísticas entusiasmadoras y engañosas, ha caído hoy en tal descrédito que, aún los más intrépidos, Lawçon Tait, que está en su tercera série de mil Laparotomías, la proscribe, y si acaso queda en Alemania algún cirujano que no se deje vencer por los reveces, es con la esperanza del mejoramiento de la técnica en un porvenir lejano. Además hay otras razones que justifican la crecida mortalidad de nuestra Estadística; en la Ovariotomía la série de casos que la suerte nos ha deparado han sido en su mayor parte con lesiones complicadas, unos con adherencias múltiples al intestino, útero, vejiga etc., otros infiltrados en el ligamento ancho, haciéndose á veces necesario prolongar el término de la operación y el producirse grandes superficies sangrantes, que alguna vez han hecho necesario el método extra peritoneal de ese símil de pedículo formado con las hojas del ligamento ancho y el doble drenaje correspondiente; en fin, muchos de los casos citados eran verdaderos tumores malignos de los órganos de la reproducción, tan magistral-

mente estudiados por los Dres. Malassez y Synety con el nombre de Epitelioma mucóides. Por último, una complicación fortuita, el Tétanos, ha venido á sombrear las páginas de nuestro desaliñado trabajo estadístico; pero una esperanza se dibuja aún en el horizonte, unas éric de jóvenes cirujamos llenos de fé, trabajadores constantes y estudiosos, procuran sin cesar el mejoramiento quirúrgico, en la creencia honrada, no de hacer cirujía demasiado Japonesa, ni de ser nuestra cirujía abdominal la degollación de los inocentes, sino con el laudable fin de curar dolencias que no perdonan y volver la calma á las atribuladas familias.

CAUSA DE LA MUERTE EN LA LAPAROTOMIA.

Peritonítis	8
Septicémia	8
Tétanos	4
Oclusión intestinal aguda	2
Mielítis aguda	1
Hemorrágia primitiva	1
Schoc	1

EN LA OVARIOTOMÍA EN PARTICULAR.

Peritonítis	4
Septicémia	3
Oclusión intestinal	1
Tétanos	2
Mielítis aguda	1

EN LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL.

Peritonítis	4
Septicémia	3
Tétanos	1
Oclusión intestinal	1

EN LA HISTERECTOMÍA VAGINAL.

Hemorrágia	1

EN LA INCISIÓN EXPLORATRÍZ.

Septicémia	2
Schoc	1
Total	26

ESTADISTICA GENERAL DE LAS LAPAROTOMIAS.

	Curados	Muertos	Total general
Ovariotomías	28	12	40
Histerectomías	2	9	11
Miomotomías	3	0	3
Incisión exploratríz	1	3	4
Salpingotomías	3	0	3
Histerectomía vaginal	0	1	1
Ligadura de las trompas	1	0	1
Total	38	25	63

RESUMEN DE LA ESTADISTICA DE LA LAPAROTOMIA.

	Curados	Muertos
Dr. D. Francisco Cabrera y Saavedra.		
Ovariotomías	4	1
Histerectomías	1	1
Total	5	2
Dr. D. Ignacio Plasencia.		
Ovariotomías	7	3
Histerectomías	1	3
Miomotomías	1	0
Salpingotomías	1	0
Incisión exploratríz	1	0
Extirpación de anejos	1	0
Histerectomía vaginal	0	1
Total	12	7
Dr. D. Raimundo Menocal.		
Ovariotomías	6	1
Salpingotomías	1	0
Histerectomías	0	2
Miomotomía	1	0
Total	8	3

	Curados	Muertos
Dr. D. Gabriel Casuso.		
Ovariotomías..............................	9	5
Histerectomías	0	3
Miomotomías..............................	1	0
Ligaduras de las trompas..............	1	0
Incisión exploratríz......................	0	2
Total......	11	10
Dr. D. Federico Horstmann.		
Ovariotomía	0	1
Total......	0	1
Dr. D. José Ramírez Tovar.		
Ovariotomía	0	1
Total......	0	1
Dr. D. Avelina Barrena.		
Ovariotomías	1	1
Incisión exploratríz......................	0	1
Total......	1	2

ESTADISTICA.

Ovariotomias.—Dr. F. Cabrera Saavedra.

Strta. Dª Luisa Urquiola, de Mántua, 27 años. Cistoma multilocular del ovário derecho. Operada en Diciembre de 1882. Alta á los 32 días. Peso del tumor, 24 libras.

Dª María Candelaria. Habana, 46 años, casada, multípara. Cisto epitelioma mucóides multilocular del ovário derecho. Operada el 2 de Septiémbre de 1882. Peso del tumor líquido y sólido 34 libras. Muerta al octavo dia de tétanos.

Dª Dolores Morales. Canárias, 31 años. Cisto epitelioma mucóides del ovário derecho. Operada el 8 de Diciembre de 1883. Alta á los 21 días. Peso del tumor 32½ libras.

Dª Andrea Rios. Canárias, 50 años, casada, multípara. Cisto-epitelioma mucóides del ovário izquierdo. Operada el 15 de Diciembre de 1885. Alta á los 24 días.

Dª Justa Aauyanat. Candelaria, 26 años, soltera. Sarcoma globo-celular del ovário derecho. Ascítis. Operada el 10 de Febrero de 1884. Alta á los 17 días. Peso del tumor 3 libras.

Morena, Secundina Leider. Matánzas, 40 años, multípara. Miómas sub-peritoneales é intersticiales. Operada el 4 de Abril de 1884 de Láparo-histerectomia. Muerta al 4º dia de peritonítis. Peso del tumor con el útero 9 kilos.

Parda, Loreto Cassá. Habana, 33 años. Fibro-mioma sub-seroso pediculado y fibro-miómas intersticiales del útero. Operada el 16 de Marzo de 1887, de Láparo-histerectomía y Salpingo-ovariotomía izquierda. Peso del tumor 3.971 gramos. Curada.

Ovariotomias.—Dr. Ignacio Plasencia.

Dª Sofía Rivero. Alquízar, 32 años, viúda, nulípara. Quiste multilocular del ovário izquierdo. Operada el 27 de Mayo de 1883. Muerta al tercer dia de Peritonítis.

Dª Dolores Xenes. Santiago de las Vegas, 35 años, viuda, multípara. Quiste ovárico doble. Operada el 21 de Enero de 1885. Peso del tumor izquierdo 4½ libras, el derecho 2 libras. Alta á los 23 días.

Dª Dolores Valdés. Habana, 42 años, soltera. Quiste pancilocular del ovário izquierdo. Operada el 25 de Noviembre de 1885. Alta á los 40 días.

La moreda, Colomba. Sabanilla, 38 años, nulípara. Quiste ovárico izquierdo con muchas adherencias. Operada el 30 de Julio de 1886 por el método de Pean (drenaje). Curada.

Dª Cármen Fernández y Robelo. Canárias, 55 años, soltera. Quiste moltilocular del ovário derecho. Operada el 2 de Agosto de 1887. Curación.

Dª Angela Porro. Puerto-Príncipe, 34 años, viuda, multípara. Quiste multilocular del ovário derecho con adherencias. Operada el 3 de Noviembre de 1886. Peso del tumor 40 libras. Curada.

Dª América Valdés. Habana, 39 años. Quiste ovárico izquierdo multilocular vegetante, infiltrado, de contenido cremoso purulento. Operada el 10 de Mayo de 1887. Muerta al 4º dia.

Dª Rosa Pascual Cruz. Valencia, 35 años, casada, nulípara. Quiste unilocular del ovário derecho infiltrado, con muchas adherencias. Operada el 24 de Agosto de 1888, de corticación y drenaje del ligamento ancho situado á la pared ventral. Curación á los 35 días.

Dª N. N. Quiste multilocular del ovário izquierdo, doble pedículo y muchas adherencias firmes al intestino delgado. Operada el 10 de Setiembre de 1889. Muerta al tercer dia de septiticémia aguda.

Dª Teresa X. Habana, 35 años. Quiste unilocular del ovário iz-

quierdo infiltrado. Operada el 10 de Enero de 1890. En vías de curación.

Dª N. N. Pio-salpingítis doble. Operada el dia ... de .... de Salpingo-ovariotomía en el lado izquierde y sutura y drenaje de la trómpa derecha. Curación.

Morena, Guadalupe Uruneau. Santiago de Cuba, 48 años, multípara. Tumor fibro-quístico del útero, pediculado. Operada el 19 de Marzo de 1886 de Miomotomía. Alta á los 28 días. Peso del tumor, parte sólida, 10 libras, líquida, 7¼ litros.

Dª Agueda Pérez de Galván. Santiago de las Vegas, 43 años. Quiste ovárico doble y fibroma intersticial del útero. A. Geodas, infiltrado. Operada el 1º de Mayo de 1886, de Láparo histerectomía y doble ovariotomía (Pedículo extra-peritoneal). Muerta al 5º dia de septicémia aguda.

Morena, Asunción Silvera. Wajay, 38 años. Fibro-sarcoma del útero, ascítis. Operada el 6 de Agosto de 1886; de Láparo histerectomía. Muerta al 2º dia de Peritonítis séptica.

Morena, Juana Durañona. Marianao, 36 años. Fibroma sub-mucoso del útero y pequeños fibromas sub-peritoneales. Operada el dia ... de .... de Láparo-histerectomía. Muerta al 8º dia de Tétanos.

Mulata, Serafina. Puerto Príncipe, 34 años. Fibroma intersticial del útero con hemorrágias incoercibles. Operada el dia ... de........... de extirpación de los anejos del útero (operación de Lawsont Tait) Complicación: Flegmásia alba-dolens de la pierna izquierda.

Parda, Juana. Habana, 40 años. Fibroma intersticial del útero. Incisión exploratríz. Curada de esta.

Srta. L. C. San José de las Lajas, 26 años. Hérnia congénita de todo el aparato útero-ovárico, con un tumor fibroso en el gran lábio derecho y ausencia de la vagina. Operada el 13 de Diciembre de 1884 de Láparo, salpingo-ovário-isterectomía y formación de la vagina artificial. Curada.

Dª Encarnación Cortés y Valdés. Habana, 45 años, viuda, multípara. Epitelioma del cuello del útero y prolápsu completo del órgano. Operada el 27 de Enero de 1886, de Histerectomía vaginal. Muerta ed hemorrágia primitiva.

Ovariotomias.—Dr. D. Raimundo Menocal.

Morena, Leonarda de la Holla. Habana, 36 años, nulípara. Quiste para-ovárico derecho, infiltrado. Operada el dia ... de .... por decorticación y drenaje. Curación á los 46 días.

Dª Pilar Real y León. Habana, 25 años. Quiste multí-locular del

ovário izquierdo, pedieulado. Operada el 15 de Noviembre de 1888. Curada.

Mulata, Carlota Valdés. Habana, 32 años. Quiste multi-locular del ovário izquierdo, pediculado. Operada el 8 de Diciembre de 1888. Curación.

Parda, N. N. Epitelioma vegetante maligno del ovário izquierdo, sólido y quístieo del derecho, aseítis. Operada en Mayo de 1889, de doble ovariotomía. Muerta al tercer dia de Peritonítis séptiea.

Niña, Elena Sierra. Habana, 13 años. Quiste dermoideo del ovário izquierdo. Operada el dia ... de .... de ovariotomía doble. Curada.

Mulata, Joscfa Calvo. Habana, 20 años. Quiste unilocular del ovário izquierdo. Operada el 25 de Mayo de 1888. Curada.

Dª Merced Valdés Becquer. Habana, 26 años. Fibroma interstieial del útero y ovário izquierdo quístico. Operada de doble ovariotomía. Curada.

Dª Ines Prats. 23 años, peninsular. Pio-salpingítis derecha y adhereneias múltiples. Operada el 11 de Setiembre de 1888, de Láparotomía con sutura y drenage de la trómpa. Curación.

Morena, Lutgarda Valdés. Habana, 36 años. Fibroma interstieial del útero enclavado en la pequeña pélvis. Operada de Láparo histereetomia. Peso del tumor 3 kilos. Muerta al 5º dia de Oclusión intestinal aguda.

Morena, Floreneia Torres. Habana, 40 años. Fibroma pediculado del útero, Operada el 25 de Julio de 1884, de Láparo-miomotomía. Peso del tumor 4.300 gramos. Alta á los 12 días.

Dª Concepción Valera de Aranguren. Habana, 40 años. Papiloma pediculado del fondo del útero, hidropesía enquistada del peritoneo. Operada el 27 de Junio de 1887, de Láparo-histerotomía. Muerta á los 12 dias de septieémia.

Ovariotomias.—Dr. D. Federico Horstmann.

Dª Dolores Naranjo. Habana, 35 años, casada, nulípara. Cistofibroma del ovário izquierdo. Operada el 12 de Marzo de 1886. Muerta á los 28 días de Mielítis aguda, debido á una gran escara sacra por decúbito. Peso del tumor, parte sólida, 7 libras, líquida 33 libras.

Ovatiotomias.—Dr. D. Josè Ramirez Tovar.

Dª N. N. Quiste multilocular vegetante de no se sabe qué ovário por las muchas adherencias que existían. Operada de Laparotomía. Método por supuración de Pean. Persistencia de la fístula y reproducción de las vegetaciones.

OVARIOTOMIAS.—DR. D. AVELINO BARRENA.

Dª Catalina Rodríguez de Morales. Matánzas, 52 años. Quistoma multiloeular del ovário izquierdo infiltrado. Operada el 25 de Agosto de 1888 de Ovariotomía eon decorticaeión y sutura del ligamento ancho á la pared ventral y drenage: Fístula uretero-abdominal eonseeutiva, obliteración expontánea. Curación.

Dª Dolores Lunares. Habana, 40 años. Quiste multiloeular vegetante, de eontenido purulento, infiltrado en ámbos ligamentos. Operada el dia 12 de Julio de 1889, de Ovariotomía eon deeortieaeión y drenage. Muerta al tercer dia de septieémia.

Dª X. Cataluña, 32 años. Pio-salpingítis blenorrágica. Operada el 18 de Noviembre de 1889, de incisión exploratríz. Muerte al 2º dia de Schoc.

OVARIOTOMIAS.—DR. D. GABRIEL CASUSO..

Morena, Agustina Padrón. Macuríges, 33 años, plurigesta. Mioma subperitoneal y quiste del ovário dereeho. Operada el 6 de Mayo de 1886, de doble ovariotomía normal. Alta el 17 de Junio. Peso del tumor 6 libras.

Dª Joaquina Armas de Rodríguez. Habana, 33 años, easada, nulípara. Quiste para-ovárieo doble. Operada el 9 de Junio de 1886. Decorticaeión del quiste izquierdo y sutura del ligamento ancho á la pared ventral y drenaje. Fijaeión del quiste dereeho á la parte inferior de la incisión y drenaje. Alta el 19 de Julio.

Srta. Natalia Franco. Vuelta-Abajo, 27 años. Quiste multilocular del ovário izquierdo. Operada el 10 de Enero de 1887. Peso del tumor 50 libras. Curada.

Dª Concepción Quesada. Guanabacoa, 54 años. Quiste multilocular del ovário izquierdo. Operada el 26 de Noviembre de 1886, de Ovario-histereetomía. Muerta al 4º dia de oclusión intestinal aguda.

Srta. Dª Dolores Nodalse. Ságua, 16 años. Quiste dermoideo del ovário derecho. Operada el 15 de Mayo de 1887, de Ovariotomía. Curación. Peso del tumor 9 libras.

Dª N. N. Quiste multiloeular del ovário izquierdo pediculado. Operada el 19 de Noviembre de 1888, de Ovariotomía. Curaeión.

Dª N. N. Quiste multiloeular del ovário derecho infiltrado. Operada el 19 de Noviembre de 1888, de Ovariotomía y decorticación. Curación.

Dª N. N. Quiste multiloeular del ovário dereeho infiltrado. Operada el 25 de Noviembre de 1889. Ovariotomía, deeorticación. Muerta el 29 de Peritonítis séptica.

Dª N. N. Quiste unilocular del ovário izquierdo pediculado. Operada el 5 de Diciembre de 1888. Curación.

Srta. N. N. Quiste multilocular del ovário derecho infiltrado. Operada el 9 de Febrero de 1889, por decorticación, que duró 20 horas, (en Paula). Muerta de tétanos.

Dª N. N. Quiste unilocular del ovário izquierdo pediculado. Operada en Junio de 1889. Curación.

Dª N. N. Quiste multilocular del ovário derecho, adherencias al epiplóon. Operada en Junio de 1889. Curación.

Dª N. N. Quiste multilocular del ovario derecho, supurado. Operada el 18 de Julio de 1889, por decorticación. Muerta al tercer dia por septicémia aguda.

Dª Faustina Soto. Habana, 39 años, nulípara. Fibroma uterino cavernoso, grandes hemorrágias. Operada el 5 de Mayo de 1887, por la ligadura de las trómpas, no pudiendo encontrarse los ovários. Curada de la intervención.

Dª Juana X. Habana, 40 años. Quiste del ovário izquierdo y fibroma intersticial del útero, grandes hemorrágias. Operada el 15 de Agosto de 1884, de Láparo-hisierectomía y doble Ovariotomía. Peso del tumor, parte sólida, 2 kilos, el quiste 3 kilos. Muerta al tercer dia de Peritonítis.

Morena, Hilaria Alfonso. Habana, 38 años. Fibro-mioma intersticial del útero. Operada de Láparo-hisrerectomía. Método intra peritoneal, proceder de Schroder. Peso del tumor, 8 kilos. Muerta al 4º dia de Peritonítis.

Dª N. N. Fibroma intersticial del útero. Operada el 11 de Diciembre de 1889, de Láparo-histerectomía. Muerta al tercer dia del septicémia. (Hospital Mercedes).

Parda, X. Fibroma pediculado del útero. Operada el 7 de Junio de 1889, de Láparo-miomotomía. Curación. (Hospital Mercedes.)

Dª N. N. Vecina de la calle del Morro, embarazada de 5 meses y peritonítis enquistada. Operada de incisión exploratríz y drenaje. Aborto. Muerta de septicémia aguda.

Dª N. N. Vecina de Crespo 2. Peritonítis crónica ó tumor enquistado del uraco. Operada por la incisión exploratríz y drenaje. Muerta de septicémia.

Dª N. N. Quiste multilocular del ovário izquierdo. Muerta de tétanos. (Quinta del Rey.)

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Casuso.

Dr. Casuso: Considera inexacta é incompleta la estadística presentada por el Dr. Barrena. Niega haber presentado 14 ovariotomías con 5 muertos, sino 19, con 4 muertos, 2 de tétanos y 2 de peritonítis. Además, ha practicado 2 laparatomías, por peritonítis enguistadas,

seguidas de muerte, cuyos casos publicó con todos sus detalles. En cuanto á las histerectomías, de 11 practicadas, sólo una ha curado, la que pertenece al Dr. Cabrera; la otra curada, no existe. Al terminar, suplica al Dr. Barrena, que ántes de emprender estadísticas operatorias se acerque á cada cirujano para que le proporcione todos los datos que le conciernen, respecto al número y resultado de sus operaciones. El Dr. Casuso concluyó felicitando á su colega por haber seguido su ejemplo al publicar una estadística de las grandes operaciones en Cuba y por más que para nada mencione su trabajo, que versaba sobre la misma cuestión.

El Sr. Presidente, Tiene la palabra el Dr. Weiss.

Dr. Weiss: La estadística que presenta el Dr. Barrena, debía llamarse de cirujía abdominal ginecológica, pués no comprende más que las operaciones de ginecología. La cifra de 20 por 100 de mortalidad es asombrosa y no habla en contra de las operaciones, sino de los operadores. Por último, la estadística no señala los casos de supervivencia, careciéndose así de todos los detalles respecto al resultado final.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Barrena para replicar.

Dr. Barrena: Contestó que no tenía bastante intimidad con el Dr. Casuso para pedirle los datos á que se refiere en su argumentación: que ha consignado, aparte de las laparotomías, 2 incisiones esploradoras, incluídas en la estadística de su colega, y que, en los casos en que hubo infección, esta se debió á las condiciones individuales del enfermo, que impidieron obtener la asépsia y antisépsia, según conviene en tales casos.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Wilson para leer su trabajo:

La medicina preventiva.

Por el Dr. Erastus Wilson.

El asunto que deseo presentar á este Congreso lo estimo de capital importancia para los intereses de la sociedad á cuyo servicio dedicamos nuestros desvelos.

Si es verdad que salvar la vida es de primera importancia para la persona que está gravemente enferma, la medicina preventiva, no sólo salva la vida con sus precauciones, sino también salva á las personas y á la sociedad el valor que suman sus trabajos perdidos durante sus enfermedades y consecuéncias posteriores.

Desde la época en que las ciéncias físicas empezaron á aclarar la patología y la terapéutica, la profiláctica ha hecho grandes progresos y hoy día está colocada en el rango primero de las ciéncias colaterales

de curar; posición bien ganada por los beneficios prácticos obtenidos de su aplicación.

En todos los países, las ciéncias físicas están esplicándonos, cada vez más, las causas de las enfermedades, sus modos de propagación y sugiriendo medidas preventivas.

Las viruelas, el cólera, la tifoidea y las diarreas han perdido sus terrores místicos; la cirugía mayor, parte de su septicémia; pero en la práctica, aunque ha progresado, estamos, en la aplicación de medicina preventiva, atrás de nuestros conocimientos.

En Inglaterra, las obras prácticas de saneamiento han reducido el tipo anual de mortalidad en un 50 por 100, ó sea á la mitad, y en su metrópoli, á ménos de 20 por 1,000 de habitantes; miéntras que entre nosotros, sín embargo de nuestra superior ventilación, debido á permitir el clima casas abiertas con grandes puertas y ventanas, facilitando la libre circulación del aire, renovando contínuamente la atmósfera de nuestras casas, nuestro tipo de mortalidad es casi el doble del tipo de Lóndres, y los que en nuestra sociedad piensan, nos preguntan ¿por qué?

Este Congreso Médico Cubano no debe, en mi concepto, dejar pasar sin respuesta esta razonable pregunta de sus paisanos y clientes.

Estos tienen derecho á reclamar de este Congreso una contestación franca y categórica; pues esta es la única autoridad á quien compete darla; la ocasión es propícia y debemos decirles sin rodeos, que nuestros aires y nuestras aguas, que son los vehículos para la propagación de las enfermedades, dejan mucho que desear respecto á su pureza.

El agua de la zanja recibe corrupciones é infecciones de los excrementos de un distrito populoso á lo largo de su curso; nuestras alcantarillas, las de la Capital, están todavía sin hacer, ó, á lo ménos. sin las condiciones que la ciencia aconseja; muchas de nuestras calles están sin adoquines, haciendo imposible el drenage super y subterráneo, á no ser muy imperfecto, dejando charcos patogénicos en médio de las calles, envenenando la atmósfera de nuestros domicilios por las emanaciones pestilentas y permanentes de los sumideros existentes dentro de nuestras casas o en sus pátios, y en muchos casos establos de caballos dentro de las mismas casas de la población. Por falta de drenage subterráneo, los terrenos de la Capital están casi siempre, sino saturados de agua, por lo ménos muy húmedos, y nuestras casas en directo contacto con estos terrenos, sin la conveniente capa de cimiento hidráulico, asfalto, ó de plomo, al nivel de la superficie del terreno, para que la humedad no suba á las paredes, y la falta de la exclusión de esta humedad produce efectos patogénicos, que todos los de este Congreso conocen. Sino fuera así, pronto les convencería la estadística recogida y publicada por Sir Edwin Chadwick, de Lóndres. Esto prue-

ba que las epidémias, cuando visitan los bárrios dónde los pobres viven en casas de muchos pisos, sólo atacan á los que habitan en los bajos, y los de los altos escapan de la infección. También sabemos que el reumatismo y sus secuelas, respecto al corazón, que tanto aflije nuestra población, se origina de estas mismas causas.

Añadiremos á estas causas de insalubridad ya señaladas, la bahía, en la que además de sus bordes cenagosos, que siembran el paludismo en su vecindad, hallamos que la bahía misma, sin corrientes y recibiendo desde tiempos remotos el drenage de las aguas de nuestras calles, corrompidas con excretas de animales, y además el producto de muchos escusados que se vacían en las cuñetas que en algunas calles suplen la falta de alcantarillas y que conducen á la bahía, convirtiéndose ésta en un gran sumidero general y pestífero de la población.

Este conjunto de condiciones patogénicas, creo, de seguro, que merecerán la censura de este Congreso.

Si ahora tornamos nuestras miradas hácia el barrio, tenido entre nosotros como muy saludable, el Vedado, preguntamos: ¿Cuáles son y en qué consisten sus condiciones sanitarias? Tampoco tiene alcantarillas y la superficie de los terrenos están tan al nivel del mar que en su estado actual no hay drenage posible, y las excretas y desperdicios están acumuladas en sumideros y fosos en cada casa.

Con tanta población sobre esos terrenos y rocas permeables, ¿han pensado los compañeros en la cosecha probable de tifoideas y diarreas que se producirán dentro de diez ó veinte años si se deja esa populosa barriada sin obras de saneamiento?

¡Ah! dirá alguno; pero ya se ha dado el primer paso en su saneamiento, que es el surtirla de agua pura de manantial, con la que ya se abastece. Creo que en el interés de la ciéncia y el arte sanitario, compete á este Congreso discutir si este abastecimiento está hecho con las reglas de éste y exigencias de aquélla.

Personalmente he visitado sus manantiales y depósito de distribución durante los calores de Julio último y los encontré en las condiciones siguientes, á saber:

El manantial y las bombas están establecidos en un islote del río Almendares y en caso que no existan vías de agua que comuniquen el río con el manantial, lo que no he podido descubrir en mi breve ojeada, el agua del manantial se purifica comparativamente por su infiltración á través del terreno que forma el islote y, por lo que pude apreciar de una simple inspección, me pareció el agua en el manantial muy clara y que era de buena calidad.

Me trasladé al depósito de distribución, y con eso el buen concepto que había formado al visitar el manantial, sufrió una gran desilusión. El depósito sin techo sufría sin defensa las influencias del calor,

y no necesito decir á ninguno de los miémbros de este Congreso lo que procedería de los efectos de la luz y del calor de este clima sobre cualquier agua natural. En aquel depósito el agua parecía un acuario lleno de vidas animal y vegetal.

Añadiré á lo dicho, que el depósito está muy inmediato al Cementerio de Colón, y parte de este en que se entierran los muertos de enfermedades infecciosas, y sabemos la gran afinidad ó la rapidéz con que las aguas absorben los gases producidos y exhalados por los cadáveres en descomposición y la facilidad con que los gérmenes ó baccilli de las enfermedades infecciosas flotan en la atmósfera adheridas á las partículas de polvo levantadas y trasportadas por los vientos.

También está probada la rapidéz ó facilidad con que mueren las plantas criptógamas á que me he referido, así como las espécies inferiores zoológicas de que aquel depósito está poblado, y el envenenamiento del agua por las descomposiciones de ámbas clases de séres, y no dudo de que este Congreso acordará sin vacilar una debida censura por las condiciones patogénicas que he señalado. En mi humilde opinión, á este depósito de distribución de las aguas á la barriada del Vedado, se le debe colocar un techo cuanto ántes, y la mejor clase de techo para depósitos de distribución es la de arcos de bóveda de mampostería, cubiertos con tierra y césped.

Además de esta protección, las aguas potables ganarían mucho en su pureza, estableciendo en el depósito una bomba de vapor para comprimir aire é inyectarle en el fondo de las aguas para que en su travesía por ellas se las purifique por oxidación de sus impurezas.

Respecto del Cementerio de viruelas en su vecindad, debe cesar el enterramiento de los cadáveres por enfermedades infecciosas, y establecer un horno para la incineración, en sustitución de la inhumación de estos cadáveres.

Ante un cuerpo docente como éste, sería impertinente de mi parte entrar en detalles respecto al saneamiento de las poblaciones, como se ha practicado en Inglaterra, Alemania, Francia y los Estados-Unidos y de su éxito admirable, pues son harto conocidos de los compañeros de este Congreso.

Con el establecimiento en nuestra capital de estas obras de saneamiento, aconsejadas por la ciencia, indispensables á la salud de las poblaciones, no dudo de que el tipo anual de mortalidad, sería igual ó menor que el de Lóndres, ó sea 20 por 1000.

De la estadística recojida por los Dres. A. E. Parkes y Sir Edwin Chadwick en Inglaterra, resulta que anualménte por cada muerto hay enfermas igual á dos personas todo el año, lo que representa, por los tres, 900 días de trabajo, perdido en el año por cada muerto.

Si se calcula nuestro tipo de mortalidad en 40 por 1000 y nuestra

población en 200.000 habitantes, entónces tendríamos 8000 muertos al año; y, si por llevar á cabo obras de saneamiento, pudiéramos reducir el tipo á 20 por 1000, salvaríamos cada año 4000 vidas productivas á la población, y aunque haciendo caso omiso de las ansiedades y aflicciones y del costo de la asistencia que los enfermos obligan á hacer á sus familias y amigos, y friamente calculamos el importe del ahorro material, en favor de nuestra población, desde luego tendremos, en primer lugar, el producto del trabajo de los 4000 salvados de la muerte, y calculando los días de trabajo á 300 al año, multiplicados por las 4000 vidas, resulta 1.200,000 jornales, agregados á los de los 8000 enfermos, también salvados, por cada 4000 vidas, resulta la enorme cifra de 3.600,000 de jornales anuales, que, capitalizado, aún á précio muy módico, dá el interés de un capital de más de cien millones de pesos, que es actualmente lo perdido para nuestra ciudad anualmente, por enfermedades susceptibles de evitar.

Estos guarismos respecto de la capital, son, comparativamente también, aplicables á otras poblaciones de la Isla nuestra, y me refiero particularmente á ésta, porque entiendo que este Congreso no está reunido para tratar de asuntos exteriores de ella. Y si nuestra falta de obras de saneamiento nos inflige estas imperdonables pérdidas fisicas y materiales, las pérdidas morales son no ménos gráves. La estadística, que es la base más segura para todas las generalizaciones científicas, nos demuestra que hay también íntima relación entre la suciedad, la ignorancia y el crímen, y esta relación, en muchos casos, es de causa y efecto.

Con la inteligencia, aumentan en la sociedad la limpieza, la salud y el respeto para sí y para los demás.

Las epidémias siempre hacen sus mayores estragos en los bárrios dónde se albergan los más pobres, ignorantes y súcios.

El Dr. E. A. Parkes ha comparado la mortalidad por la tísis en las dos cárceles de Viena. La de Leopoldstadt, ó sea la situada al lado Norte del canal, á la entrada del Prater, es muy antígua y su ventilación defectuosa. Durante los años, desde 1834 á 1847, contenía 4.280 presos, de los cuáles 51 por 1000 murieron de tísis. En la cárcel del otro lado del canal, que es más moderna y bien ventilada, durante los cinco años. desde 1850 á 1855, contenía 3037 presos, de los cuáles murieron de tísis ménos del 8 por 1000.

El Dr. Lincoln cita el efecto de la inspiración de aire viciado sobre la salud de los monos, en el Jardín Zoológico de Lóndres, al construirse para ellos una nueva casa de invierno, calentada por tubos de vapor, por debajo del suelo, agujereado para conseguir así una temperatura parecida á la de su país nativo. La ventilación se hacía por aberturas cerca del suelo, y por dos chimeneas grandes.

Trasladaron á esta casa 70 monos, de los cuáles una gran parte habían ya pasado vários inviernos en el jardín, sin novedad.

Al mes, 50 de los 70 monos murieron de tísis y los otros 20 estaban enfermos. Se abrieron ventanas en la parte alta de la pared y curaron los 20 restantes.

Hasta el año de 1836, la muerte anual de caballos del ejército francés era de 180 á 197 por 1000. En ese año se construyeron caballerizas mayores y más ventiladas, y así se redujo de pronto la mortalidad á 68 por 1000. Lo mismo ha sucedido en los ejércitos inglés y alemán; la mortalidad caballar, en aquél es de 20 por 1000, y de éste, 15 por 1000, destinando 1200 piés cúbicos de aire para cada caballo en las caballerizas.

En los hospitales, civiles y militares, las mejoras modernas, respecto á la ventilación, son aún más marcadas, por su influencia favorable para la curación de enfermos y operados. En la guerra de Crimea, 1856, la mortandad anual de los ejércitos inglés y francés era 23 por 100 en el primero, y 30 por 100 en el último, de su fuerza total; miéntras que en la guerra americana, 1861 á 1865, quedó reducida al 6 por 100 del ejército.

Otra comparación puede también dar luz sobre esta cuestión; la de la mortalidad de blancos y de gente de color en las mismas poblaciones.

Por ejemplo: (1885) en las tres ciudades americanas de

Charleston.	*Memphis.*	*Nashville.*
Blancos.. 17 De color. 20 } p% 1000	Blancos.. 16 De color. 36 } p% 1000	Blancos.. 14 De color. 27 } p% 1000

Esta diferencia se atribuye á las condiciones inferiores de las habitaciones y calles dónde habitan los de color. Señores: no quiero extender esta comparación á nuestras habitaciones y calles. Dejo á cada cuál hacer las que mejor le parezcan; pero al concluir esta parte de mi comunicación, no puedo ménos de hacer constar mi protesta contra la mala costumbre, que es demasiado prevalente en nuestra población, de cerrar herméticamente los cuartos de nuestros enfermos, especialmente con fiebres, como se hace con sobrada frecuencia.

Tampoco quiero insistir ante este Congreso sobre los efectos patogénicos de la atmósfera corrompida por las emanaciones de las materias de orígen animal y vegetal, en estado de fermentación pútrida, dentro de los permanentes sumideros ó letrinas de nuestras casas, ni dejar de recordar, que son depósitos peligrosos de baccilli, causantes de enfermedades infecciosas.

Todos sabemos los efectos perniciosos sobre la salud del hombre,

que suceden cuando dejan de funcionar bien sus órganos de excreción, y no puedo ménos de comparar las condiciones de nuestra ciudad con las del hombre en este caso, y no olvidaremos lo que le falta á la población al faltarle las alcantarillas, su principal aparato excretor.

La salud pública está sufriendo las tristes consecuencias de su ausencia.

El Dr. Simón, uno de los higienistas más eminentes de Lóndres, afirma que «el papel representado por los gases de las letrinas y el drenage defectuoso son incuestionables en la producción de la meningitis». Esta está muy prevalente en la Habana. En una epidémia de meningítis que hubo en Nueva York, en el año de 1872, el Dr. Meredith Clymer recojió su estadística y publicó una monografía y mapa, demostrando que el mayor número de invasiones correspondía precisamente á los terrenos más húmedos de la ciudad y en las habitaciones de las familias pobres que habitaban en casas, dónde las letrinas estaban mal acondicionadas y el drenaje era muy imperfecto.

Las diarreas y enterítis causan mucha mortalidad en nuestra capital.

En un informe oficial al gobierno inglés el Dr. Simón hace constar que:

«Nada en la medicina es más cierto que lo que indica un alto tipo de mortandad por diarreas. Es que la población que la sufre está inspirando con el aire ó imbibiendo con el agua muchas materias orgánicas pútridas.

Estas infecciones pueden proceder de hábitos y condicionés súcias, al rededor ó dentro de las casas que habitan, ó de los eflúvios volátiles que se escapan de las fosas que sirven de receptáculos á las inmundicias y envenenan la atmósfera de las casas.»

Si el abandono de la higiene trae consecuencias desastrosas para toda población, estas son peores en nuestro clima, donde el calor y la humedad excesivas favorecen las rápidas descomposiciones de las materias orgánicas, y por la misma razón, la medicina preventiva necesita emplear la más vigilante inspección de las materias alimenticias que se expenden á la población y que están expuestas, por las razones dichas, á rápidas alteraciones, que producen alcalóides venenosos, intoxicando á los que las ingieren; puesto que la cocción no aniquila las ptomáinas, ni evita, por lo tanto, sus efectos.

Pero no son sólo de los productos de las alteraciones pútridas de los que hay que precaverse para defender la salud, sino también de algunos de los productos de la acción fisiológica de nuestros órganos digestivos, que inducen cámbios metabólicos ó metamórfosis retrógradas, resultando de ellas leucomáinas muy venenosas; siendo una de las funciones de los órganos de excreción el de eliminarlos de los ór-

ganos, ántes que penetren en la circulación sanguínea. Estas leucomaínas y ptomaínas se están formando contínuamente y para mantenerse en estado de salud exigen igual actividad ó correspondencia entre la producción y la eliminación. Doy por muy conocidos los dos grupos de leucomaínas, uno relacionado con el *ácido úrico*, el otro con la *creatina*, formados á expensas de la alimentación nitrogenada.

También Bouchard ha encontrado que las heces fecales naturales contienen una ptomaína que, separada é inyectada á conejos, les producen convulsiones violentas.

Calcula que la cantidad formada cada dia en los intestinos de un hombre en salud es la suficiente para causarle la muerte, si no fuese eliminada por sus emunctorios.

Broon-Sequard, Hammond y Wurtz, han probado que el vapor exhalado por perros, encerrados en una atmósfera viciada, condensado é inyectado en otros animales, les producía la muerte, y Broon-Sequard opinó, que es la inhalación de este veneno volátil el orígen orgánico de la tísis.

Sabemos también que, aunque las peptonas no son alcalóides, cuando se inyectan directamente dentro del torrente circulatorio, obran como veneno violento, destruyendo el poder de coagulación de la sangre, y en grandes cantidades producen la muerte.

Sabemos que una de las funciones del hígado es convertirlas en globulines, y que cuando, por falta de ejercicio, el hígado y los intestinos son torpes ó lentos en su acción, é ingerimos alimentos nitrogenados en exceso, la vena porta lleva exceso de peptonas y una parte pasa al hígado sin conversión, y entra en la circulación, lo mismo que la ptomaína de los intestinos, que sea debidamente eliminada, envenena la corriente vital y así produce desórdenes en la salud.

El egercicio físico es aperitivo de la naturaleza ó el desobstruente natural.

Opino que la carne forma parte en exceso de nuestra alimentación, dado el clima; y particularmente la parte femenina de nuestra población sufre las graves consecuencias de la falta de ejercicio corporal.

No debo dejar el asunto de la *Medicina preventiva* sin señalar todavía otra causa que es muy productora de enfermedades entre nosotros y es la imperfecta alimentación por difíciles digestiones, debidas á la pérdida de los órganos de la masticación, resultando dispépsias y debilidades que conducen á muchas otras formas de enfermedades. No es sólo la trituración y deglución lo que requieren los alimentos amiláceos, sino también perfecta insalivación, sin la cual la saliva no puede efectuar su función de trasformarla en dextrina y glucosa, trasmutación indispensable para su digestión. Ni una ni otra se pueden efectuar sin perfecta masticación y por esta falta sufre fermentación

dentro del estómago é intestinos, provocando desórdenes generales en la salud.

Los límites prescritos por el reglamento de este Congreso no me permite estenderme más en este asunto; pero, reclamando su indulgencia, deseo referir brevemente las medidas preventivas que la ciéncia nos indica y señalan el camino que en mi concepto debe seguirse para lograr avanzar el arte hasta cumplir con las indicaciones de la ciéncia.

Dedicado cerca de cuarenta años á esta especialidad de la medicina preventiva, me permito hablar de ella, con la confianza correspondiente de esta, para decir que ocupa aún una categoría muy humilde entre nosotros; siendo considerado como oficio, que se supone fácil de aprender en poco tiempo y con poca ó ninguna práctica.

Este es un error fundamental; pues como oficio es un arte, no para aprender, sino para *adquirir*, como otro arte ú oficio, con unos años de constante práctica bajo la conveniente dirección de un maestro diestro que tenga abundantes trabajos, con el cual pueda adquirir el arte de tocar el piano-forte.

Como profesión, ciencia y ramo de la medicina curativa, no caben otras bases que la anatomía, la fisiología, la patología, la química y la terapéutica, y estas bases no se pueden aprender buenamente sino en las clases de medicina de la Universidad, dónde hay los aparatos y clínicas necesarios para esta enseñanza; pero este modo de enseñanza no se halla todavía en el plan de estudios y exámenes de los dentistas entre nosotros.

Ya puede imaginarse este Congreso el éxito que se obtinene de los ensayos curativos por los que cultivan este ramo, sin otros conocimientos prévios.

Como ramo preventivo, depende su buen éxito de una esquisita destreza manipulativa, que sólo se puede adquirir con constante y larga práctica.

Deploro se espidan títulos de dentistas sin exigir se tenga base médica, ni haber adquirido los conocimientos y prácticas del arte; pués la calidad del mayor número, en cualquier profesión ó arte, determina su categoría en la estimación pública, siendo así que la calidad de los servicios prestados en general es la que los fija.

La calidad, en general, de los servicios dentales que se prestan hoy á la sociedad, siento decirlo, no son los que pueden y deben ser cuando se perfeccione el plan de estúdios y exámenes para adquirir el título de dentista.

En su estado actual, no puedo reclamar para este ramo qne se le declare profesión, ni que esté á la altura de su misión como arte preventivo de enfermedades.

En resúmen: ¿Cuáles son las condiciones patogénicas de nuestra población, que exigen de manera más apremiante la atención de la medicina preventiva?

La etiología nos enseña que, á lo ménos, la mayor parte y probablemente todas las fiebres y otras enfermedades infecciosas están causadas y propagadas por micro-organismos, cuyos vehículos de comunicación son las aguas potables y los polvos flotantes en la atmósfera. ¿Cómo entónces se puede extrañar que una población sin alcantarillas, ni drenage subterráneo general de ninguna especie; una población en que las pocas cuñetas que existen en várias calles para recibir las aguas de las casas, están recibiendo también las inmundicias de sus letrinas, así infectando por absorción los terrenos de las calles; una población en que toda el drenage superterráneo de sus calles y los desperdicios de sus mataderos van á parar á su bahía sin corrientes ó á sus bordes cenagosos bajo un sol tórrido; una población cuyos terrenos, sean de sus pátios ó de sus calles, muchas de estas sin adoquines, han recibido desde siglos ha y absorbido gran parte de las aguas domésticas; en una población, dónde las caballerizas están dentro de las mismas casas que habitan las familias, y, peor que eso, dónde las excretas ó inmundicias de las familias se dejan acumular en fosos fijos dentro de las casas ó pátios, estos fosos sin chimeneas para llevar sus eflúvios más arriba de los techos, estos fosos con paredes permeables, así que sus flúidos son absorbidos por los terrenos de las casas, hasta saturación, y para concluir, digo, en una población en que cuando es forzoso vaciar estos fosos por estar llenos, que no pueden contener más, suelen distribuir estas materias fecales profusamente sobre declives de terrenos que vierten sus micróbios directamente en las aguas potables de la zanja que surte á la población? En fin, yo desearía que mis compañeros de este Congreso, en vista de esta cuadra de condiciones anti-sanitarias de nuestra Capital, me digan si en su estimación se pudiesen idear condiciones más adecuadas para distribuir á la población entera cualquiera y todas las infecciones que se originan por dentro ó que viniesen de afuera de nuestra Ciudad, y les advierto que tengo noticias de Constantinopla, con fecha 27 de Noviembre, que el Cólera morbo asiático está haciendo estragos en Massoul, Bokhara y en todo el país, á lo largo de los ríos Tígris y Eufrátes, y amenazando á Europa.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Tamayo.

Dr. Tamayo: Señala en la bahía de la Habana el primer foco de infección; sobre todo, la parte comprendida entre la ensenada de Atarés y el muelle de Caballería, dónde alcanza su mínimun. Los barcos que se mantienen alejados de esos focos, escapan mejor á la influencia del veneno de la fiebre amarilla.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Reyneri.

Dr. Reyneri: Confirmando las ideas del Dr. Tamayo, dijo que podía depender la infección de la bahía de los depósitos de escrementos, vertidos en las faldas de Atarés desde hace algunos años.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Delfin.

Dr. Delfin: Consideró la importancia de las ptomáinas en la salud pública. El efecto tóxico de estas sustancias es conocido desde la más remota antigüedad. Temístocles se envenenó con la sangre corrompida de un toro, 470 años de Jesucristo.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Plá.

Dr. Plá: Señaló al matadero como un foco activísimo de infección, y propuso llamar la atención del Gobierno sobre esos particulares.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Bellver.

Dr. Bellver: Se estendió en algunas consideraciones sobre las malas condiciones de la bahía de la Habana.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Wilson para replicar.

Dr. Wilson: Agradeció á sus colegas todo lo que habían manifestado con motivo de su trabajo.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Aróstegui para leer su trabajo:

De la Córea crónica progresiva.

Por el Dr. Gonzalo Aróstegui.

Séame permitido, ántes de dar lectura á este modesto trabajo, encomendarme á la benevolencia del Congreso por la índole del asunto, que se aparta totalmente de las afecciones microbióticas que tanto os apasionan y seducen, y por las cortas horas de que he podido disponer para reunir y condensar antíguas notas, recogidas en mis apuntes para apoyar dos observaciones.

Justificaré primeramente el título de estas líneas.

Prefiero esta denominación á la de corea de Huntington, que es la que tiende á predominar en muchos autores, porque, al designarla de aquella manera, habría que aceptar todas las peculiaridades que dicho señor le confirió, y, sobre todo, su reproducción en los enfermos de cada familia; desecho asimismo, por igual razón, el título de corea hereditaria. Entiendo que á esta espécie de corea la caracteriza su gravedad, comparada con la de Sydenham; pero que en la manifestación de los movimientos desordenados é irregulares, que es lo que imprime sello á la dolencia, una y otra se revelan igualmente, y que «así como en la epilesía tardía se trata siempre de epilepsía, la «corea tardía, que llega á ser crónica y que puede ó no acompañarse «de herencia similar, es siempre la corea». Encontraréis en las familias de coréicos la trasmisión de padres á hijos de la misma enferme-

dad, y aún en la própia época, en la herencia similar; y la encontraréis también, formando la gran familia neuropatológica, con sus múltiples variaciones y sus formas singulares, en esas enfermedades proteiformes, á las cuales el microscópio no ha arrebatado todavía sus secretos, y, sin embargo, la clínica estudia, clasifica, conoce y á veces vence.

Desígnanse en ocasiones las variedades en las espécies nosológicas atendiendo al predominio de un síntoma sobre los otros que generalmente los acompañan: así tenéis en la pneumonía, la de vértice, y este calificativo solamente basta para deducir el pronóstico y para disponer el tratamiento; decid viruela hemorrágica y raro será el indivíduo que no se sobrecoja de pavor al anuncio de la enfermedad; calificad de tuberculosa una meningítis, y los allegados os dirán la gravedad que encierran juntas esas palabras, que aún aisladas aterrorizan. Y viniendo á la corea, hay tantas formas que se imponen las variedades, según el elemento que domine. Recordad que está caracterizada por movimientos espasmódicos y regulares, por la incordinación de los movimientos voluntarios, la cual quita la precisión en los resultados y la sinérgia de las contracciones, como si los músculos estuviesen privados de la fuerza de situación ó fuerza estática de Barthes; en una palabra, por el carácter instantáneo é involuntario del movimiento y por perturbaciones de la sensibilidad y de la inteligencia. Del modo de agruparse los caractéres expuestos resultan variedades importantes algunas; no pocas raras, y singulares en sus manifestaciones otras; por ejemplo, las histéricas ó rítmicas, y las que se acompañan de ecolália, ecokinésis y coprolália. La ecolalia, dicho sea de paso, es más frecuente de lo que hasta aquí han afirmado los autores en las afecciones nerviosas, en las neurósis, no temo por el momento pronunciar la palabra. En casi todas ellas veo tipos acentuados de degeneración, y los casos que más tarde he de relatar se encuentran en esa gran clase de Esquirol, la cual comprende muchos indivíduos que difieren poco en su organización de la organización normal, y otros que tienen apénas vestigios de las facultades instintivas de la humanidad: son los imbéciles, cretinos é idiotas.

De todas las formas es, sin duda, la más rara la que M. Gowers llama corea tetanóide: no se conoce más que el hecho publicado por ese autor; el enfermo de que hablo murió á los siete meses con síntomas parecidos á los de la corea y la tetania; el exámen necroscópico no reveló nada macroscópica, ni microscópicamente. Un hermano de este enfermo murió de una afección parecida (1). Viene después por

---

(1) Para más detalles, léase en "A Manual of Diseases of the nervous system," por Gowers. 1888, la página 1,059.

órden de rareza la corea monoplégica, pues un autor de tanta nombradía como Bouchut, no refiere más que un caso. Se llaman así estas coreas porque solamente afectan una extremidad los desórdenes en los movimientos; ó también porque les acompañan parálisis de un sólo miembro; en los casos en que se encuentran afectados los miémbros de otro modo, toma los mismos nombres la corea que cuando se han abolido los movimientos por lesión central destructiva, neoplásica ó neurósica. Son esos los casos llamados paralíticos y por los ingleses *limp Chorea*, ó corea fláccida. La única observación que he tenido en enfermos de esta clase, pertenecen á la raza negra; dato que señalo incidentalmente á la atención del Congreso, por si se dignan algunos señores recojer esta alusión, pues se dice por autores extranjeros (Gowers), que si la afección es algo frecuente en los niños blancos, es desconocida en los negros cubanos.

No me ocupo de las coreas pre y post-paralíticas, por carecer de los síntomas principales de las demás coreas y por acompañar ó preceder enfermedades paralíticas.

Es crecido el número de desórdenes convulsivos, puesto que Lannois describe diecisiete formas; pero todas pueden agruparse en tres clases principales: 1ª, corea común, ó de Sydenham, sub-aguda y crónica (1); á esta primera categoría pertenecen los hechos anteriormente mencionados, excepción del ejemplo de Mr. Gowers, el cual me parece un caso mixto y puede entrar en el cuadro de la tetánia, ó en el de la corea: 2ª, á esta segunda clase corresponden los Tics convulsivos, perfectamente estudiados en sus caractéres especiales por los autores americanos en los jumpers, myriachit y latah, y por Gilles de la Tourette en las formas acompañadas de ecolalía y coprolalía; encierra también esta clase lo que pudiera llamarse hábito coréico, ó sean ciértas variedades nerviosas en la charla y el gesto. Forman la 3ª clase las espécies mixtas, en las cuales dos neurósis se dán la mano para producirse, son los espasmos ó coreas histéricos; comprende esta clase en las subdivisiones la corea major, el espasmo nutans y algunas otras. Todas estas variedades estaban ántes reunidas, así como también la corea gravidarum, ó lactantium, que es bastante grave, y la corea eléctrica. Merece esta última que también se le separe de las otras coreas, como lo hace Henoch. Esta confusión es debida «á Sy-«denham, y sobre todo á Trousseau, quienes han abrazado bajo esa «denominación multitud de afecciones diversas» (Charcot).

En la primera de las divisiones expuestas dejo consignado que puede presentarse en la forma crónica, y añadiré que, al manifestarse de esa manera, adquiere una marcha contínua, se prolonga indefini-

---

(1) Desde Thilenius, en 1816, ha quedado establecida esta división.

damente y resiste á todos los tratamientos. Así entendida, creo que le cuadra la designación que encuentro hecha en Hoffmann por los síntomas que presentan los enfermos que he observado; en uno de ellos la herencia parece existir, y bajo este punto de vista era muy útil su estudio; pero el escaso desarrollo intelectual que tienen me ha impedido confirmar esa ley indiscutible que domina la patología nerviosa y la especie humana, y regula la actividad vital. Todos habréis nombrado la herencia que hasta hoy, según Herbert Spencer (3), no ha encontrado sino una solución hipotética. Si estos pobres enfermos hubieran podido auxiliarme habría recojido datos para establecer en ellos la ley de herencia directa é inmediata, ó la ley de preponderancia en la transmisión de los caractéres, ó las leyes de atavismo, ó la herencia homocrona, que es la que se presenta en los períodos correspondientes de la vida. Deploro no haber podido verificarlo así.

Estudiaré ahora conjuntamente, en los dos enfermos, el terreno en que se ha desarrollado la dolencia, y luego la corea con sus manifestaciones especiales.

Primer enfermo: es éste un hombre de 54 años, de baja estatura, ojos pequeños, mirada sin expresión, difícil palabra, limitado en idea, y con una hérnia inguinal del lado izquierdo bastante desarrollada, de cabeza muy pequeña, como si la osificación hubiera ocurrido desde temprano. Es natural de Galicia y reside en Cuba desde niño. Dedicábase á esas labores insignificantes que impiden el desarrollo de las facultades intelectuales. En este indivíduo degenerado, se concibe que fácilmente germinarían las enfermedades nerviosas: puede decirse que es el terreno abonado en que ámpliamente se desenvuelven.

No recuerda fijamente la época de aparición de la enfermedad, y cuando por primera vez lo ví, hará cuatro años, todavía no lo asistía, era su inteligencia más despierta de lo que es en la actualidad, los movimientos más acentuados en los dos brazos, ménos dificultosa la palabra, y ménos vaga la mirada.

El exámen ulterior ha revelado que la marcha no ofrece dificultad y que alcanza por este médio el fin que se propone, aunque nó en línea recta. Sus movimientos desordenados, que comenzaron por el brazo derecho, lado hoy más enfermo, tienen lugar en ámbas extremidades superiores, y se realizan en el hombro, en el brazo, en el antebrazo, en la muñeca y en la mano. Han sido tan intensos en ocasiones que han impedido que este hombre se alimentara á sí mismo. En la cabeza se notan movimientos oscilatorios de pequeña extensión é intermitentes.

La sensibilidad no se encuentra afectada en modo alguno; no he-

---

(1) Dejerine L'hérédité dans les maladies du Sistème nerveux. París. 1886.

mos podido realizar el exámen eléetrico; primero, por ereerlo de eseasa importaneia, y luego, por no aumentar los movimientos.

Es su inteligeneia bien limitada: su vida de relaeión terminó euando eomenzó «la loeura museular». (Boullaud).

El exámen del eorazón, pulmón, &, no deja descubrir lesión alguna de esos órganos. La temperatura es normal, lo cual está de eonformidad eon las ideas de Chareot y Bouchard: entienden esos autores que las eonvulsiones dinámieas, ó sea en aquellas en que predominan los elementos elónieos, no se afecta la temperatura de una manera notable.

No se observan tampoco en este enfermo los miémbros parétieos, ni paralizados; pero hay un fenómeno digno de señalarse, y es que, á los dos años de desarrollada la eorea, se han presentado repetidas veees ataques de epilépsia con períodos marcados; eomo el enfermo pierde el eonocimiento no ha podido asegurarnos si ántes los padeeía. Deseartando de este enfermo toda lesión orgániea, á la eual pueda referirse el padeeimiento en cuestión, lo dejo elasifieado en el grupo meneionado en el epígrafe.

No me ha sido posible averiguar las causas de este mal; pero sospeeho influéneias artrítieas y degenerativas. Esta enfermedad puede durar en nuestro enfermo 10, 20 ó 30 años, y extenderse á todo el cuerpo; por esta razón se le ha llamado progresiva. La inteligencia disminuirá á medida que los movimientos aumenten.

Paso al *segundo enfermo*, en el cual se nota desde el principis mayor generalizaeión de los movimientos y un verdadero delirio muscular: todos los múseulos toman parte en ese juego irregular y sin objeto, exeepto los del ojo que pareeen gozar de relativa inmunidad (este síntoma ha sido señalado por Lannois).

Es un hombre de eerca de 60 años de edad, tínte térreo, eabeza pequeña, pelo abundante y reeio, delgado; el abandono de su euerpo es grande, tanto que presentaba en las piernas grandes plaeas negruzeas parecidas á las del eetima, y constituidas seneillamente por depósitos del pulex penetrans. Habla poeo y los datos que suministra los eonsidero tan eseasos de valor, que ni me aeojo á sus palabras, ni doy erédito á la seguridad que tiene de que su padre haya padeeido el mismo mal. Pareee que ha vivido siempre en el eampo, dedicado á los ofieios más humildes, «á esos ofieios que, según Morel, idiotizan ó eretinizan los indivíduos» (1): se diría que es el último término en la escala de la degeneraeión: así acaban, por ventura, en término general, las familias de degenerados.

Por los datos expuestos comprendréis en cuán poco he de esti-

(1) B. A. Morel, «Traité des maladies mentales». Paris, 1860.

mar los antecedentes á que me refiero: al aproximarse, dá algunos pasos rápidos, se detiene de momento é inclina el cuerpo hácia adelante y á los lados; permanece así algunos segundos; parece que vá á caer, y luego marcha, poco tiempo, normalmente; esto se repite siempre que marcha, y nunca lo hace en línea recta; camina con los ojos cerrados, y para dar la vuelta, se vé obligado á describir un círculo completo. Los reflejos y rotulianos exagerados.

En las extremidades superiores conserva el mismo juego, sin fin, ni sueño, ni límites; la atención no los aumenta; su fuerza es poca; lo cual no nos admira por la demacración que presenta el indivíduo. En el tronco se perciben movimientos hácia adelante, atrás y de lateralidad. La cabeza presenta movimientos en todas direcciones; la fisonomía es grotesca: contráense los párpados, y la cara tan desordenada de este enfermo revela la rara expresión de las máscaras. Los síntomas motores comprenden todo el cuerpo.

La sensibilidad parece retardada, pero ya he dicho que no doy crédito á las palabras de este enfermo por la ruina de sus facultades intelectuales. Pronuncia las palabras en voz muy baja, á intérvalos, separa las sílabas como por profundas inspiraciones, y las repite frecuentemente; habla por brotes de tres ó cuatro palabras: y la última del que le interpela, se le grava durante algunos segundos en la memoria, y la dice algunas veces (ecolália); á esto se limita en ocasiones su expresión intelectual. No he notado la ecokinésis, ó sea la reproducción de los movimientos que se ejecuten en su presencia. Su inteligencia es débil, núla su memoria, y sus sentimientos morales núlos. No sabe qué cosa es la familia, ni el agradecimiento. Sin inteligencia y sin voluntad, este hombre es el caso más grave de trastornos mentales permanentes que he observado en un coréico crónico.

Todos los órganos se revelan funcionalmente en buen estado. El tinte caquéctico y la demacración parecen indicar duración grande de la enfermedad. Hago el mismo diagnóstico, y reduzco el tratamiento al uso de los tónicos y antiespasmódicos.

De fijo, que si estos indivíduos hubieran podido exteriorizar su pensamiento, habríamos encontrado antecedentes de esa misma enfermedad en la familia, aunque Charcot (1) crea que las enfermedades nerviosas nunca se trasmiten bajo la misma forma; ó hubiéramos hallado enfermedades nerviosas ó quizás el reumatismo. Es un vacío que no nos ha sido posible llenar.

La primera descripción de esta enfermedad se debe á un médico de Long-Island, Mr. Huntington, en 1871; sus caractéres son hereditarios (el autor, su padre y el abuelo, que eran médicos, han observa-

---

(1) Charcot, «Leçon du mardi,» pág. 10. Paris, 1887,—1888.

do familias enteras que la padecían); principian del modo ordinario; aumentan de intensidad, y se acompañan de trastornos psíquicos; no comienzan nunca en la juventud y mueren los que la padecen al cabo de mucho tiempo (1).

Si bien muchos autores opinan que difieren esta enfermedad y la de Sydenham, apoyándome yo en estos y otros hechos observados, en la lectura atenta de las observaciones publicadas, y en la experiéncia considerable de Charcot y de Huet (2), entiendo que la enfermedad de familia, y la que describieron Sydenham, y en 1810 Boutelle, es la misma, y que no difiere de la de Huntington, sino por ser dardía y tener una marcha progresiva; pero en la herencia de la corea ocurre lo que en casi todas las enfermedades nerviosas, las cuales presentan la herencia similar y la de transformación. Creo que la herencia similar es un débil factor para establecer una variedad nosológica; marca solamente el «grado más alto de potencia que la trasmisión de los «caractéres morbosos pueda adquirir» (Charcot).

En los viejos es ménos frecuente que en los adultos la corea crónica, y en ámbos tiene tendencia á hacerse permanente.

Las familias de coréicos, publicadas hasta hoy, alcanzan el número de once, en las que se notan 85 enfermos, pero el cuadro publicado por Huet de las coreas sin herencia, es casi igual al de las coreas hereditarias. En ámbos casos, la corea se presenta en la edad adulta, rara vez en los niños; en casi todos, la enfermedad ha comenzado á los 40 años y durado hasta la vejéz.

No estableceré diagnóstico diferencial entre la corea de Huntington; es decir, la corea con tendencia similar y la que describo, porque en ámbas, los caractéres sintomáticos apreciables son los mismos, y núlo el carácter anatómico, pues aún no se ha podido fijar con precisión la anatomía patológica, á pesar de la respetable suma de investigaciones hechas en todos los países. Quienes han creído en la teoría embólica, que refiere la corea á embólias capilares de los centros nerviosos, especialmente en la cápsula interna, y en los núcleos cerebrales capilares. Otros piensan en la alteración discrásica de la sangre, y los más, y yo comparto esta opinión, la consideran como una perturbación funcional difusa, que se extiende por todo el sistema nervioso. Su naturaleza no ha podido todavía definirse exactamente.

Con respecto al diagnóstico diferencial, diré que no pienso, como Clarence King, que sea fácil de confundir con la atáxia locomotríz, por los síntomas característicos de esta última; pero sí pudiera tomarse por la enfermedad de Friederich, ó atáxia hereditaria, que es tras-

---

(1) Lannois, «Revue de Médecine.» Paris, 1888,

(2) «De la Chorée chronique,» París, 1889.

misible en alto grado en la familia, pero que se presenta solamente en la juventud. Para no cansaros más, diré que el signo de Romberg existe en esta última, y que es además una enfermedad con substratum anatómico, que parece constituido por la esclerósis de las colúmnas lateral, anterior y posterior.

El temblor y la rigidéz de la parálisis agitante la distinguen perfectamente de aquella enfermedad.

Doy por terminado este ligero ensayo de diagnóstico, y consigno, al terminar, que la corea de Huntington difiere poco de la corea vulgar, teniendo en cuenta la manera de producirse los síntomas en ámbas. La corea es una, ha dicho Charcot, no confundiendo en ella las afecciones coreifórmes, y más categórico Ollivier, (1) afirma que la corea de que hablamos es la de Sydenham y de todo el mundo.

Como tratamiento, emplead los tónicos, antiespasmódicos, los sedantes y los hipnóticos.

Conclusiones.—1ª Esta corea crónica progresiva es la misma de Huntington.

2ª Atendiendo á los síntomas es igual á la de Sydenhan.

3ª El carácter hereditario no basta por sí sólo para distinguir esta especie: la herencia es un hecho en todas las enfermedades nerviosas.

4ª Se observa perfectamente en los indivíduos degenerados, y

5ª Suele durar 10, 15, 20 ó 30 años.

Estas son las consideraciones que me sugiere el exámen detenido de los dos enfermos de que os he hablado. A falta de un trabajo sobre la Patología Tropical, que ha hallado en este Congreso gran resonancia y observadores autorizados que la expusieran, he creído necesario contribuir con este pequeño contingente, no tánto para llenar una necesidad científica, cuánto por satisfacer un deber de confraternidad.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Bellver.

Dr. Bellver: Felicita al Dr. Aróstegui por el trabajo que acababa de leer, apoyando su criterio.

Dr. Aróstegui: Dá las gracias al Dr. Bellver.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Malverti para leer su trabajo:

(1) Olliviér, «Maladies des enfants,» Paris, 1889.

El hipnotismo y sus aplicaciones en la terapéutica de las afecciones mentales.

Por el Dr. J. A. Malverti.

Sres.: Justamente escitado por la invitación dirigida al cuerpo médico de esta región con el propósito de llevar á cabo un Congreso, que entrañase el sello de la originalidad, entiendo que era para nosotros todos un deber ineludible el contribuír cada uno con sus fuerzas á que la felíz idea enunciada por un digno compañero, el Dr. López, encontrara eco repercutido, tantas veces como compañeros existen en toda la Isla. La importancia de estos Congresos, creo pueril decir que la entiendo como vosotros; este es un Congreso al cual no debemos venir á demostrar nuestro mayor ó menor grado de ilustración, erudición y talento. Aquí todos y cada uno saben, porque deben saberlo, el estado actual progresivo de nuestra profesión; diariamente se enuncian nuevos descubrimientos, diariamente se explica la patogénia de enfermedades cuyo orígen era para nosotros dudoso ó mal interpretado, quedando el médico una vez alejado de las aulas en la aptitud de profesar las ideas del autor que mejor le satisfacía en la esplicación de la génesis de las afecciones. Hoy, grácias á los médios de investigación que poseemos y con la constitución de los gabinetes histo-bacteriológicos, muchos problemas están resueltos; ejemplo de ello tenemos en la teoría infecciosa que se impone de día en día con mayor fuerza é irresistible competencia, descubriendo el velo tupido é hipotético que se cernía sobre el orígen real de enfermedades diversas.

Estimo pues, que para que el Congreso reuna las dos condiciones estipuladas, de originalidad y regionalidad, que para que de una manera lógica se obtengan de él resultados positivos y de verdadera importancia práctica, debemos *todos* venir á este recinto desprovistos de pompa, de ese afán delirante de exhibición, para demostrar siempre, ó casi siempre, que interpretamos y, aún más, que asimilamos, casi apropiándonos, las producciones cerebrales de nuestros maestros; circunstancias que, como todos conocéis, dió lugar á que se dijera, con buena ó mala intención, que el cuerpo médico de la Isla de Cuba consume pero no produce.

Sres.: La celebración de este Congreso destruye elocuentemente esta apreciación, puesto que aquí venimos á aportar hechos clínicos recogidos en nuestra práctica y además, en cuanto cabe, una esplicación propia del resultado de esas observaciones, y los trabajos llevados á término en el laboratorio histo-bacteriológico del Dr. Santos

Fernández, demuestran, igualmente que aquí se comprueba y se investiga, contribuyendo al esclarecimiento de lo desconocido con la tenacidad y constancia de un obrero fiel al cumplimiento de su deber.

Conforme, pues, con el criterio expuesto, voy á ocuparme del objeto de mi trabajo, corto por estar sujeto al articulado de nuestro Reglamento. Yo os suplico que no veáis en él sino la buena fé propia en la relación exacta de los hechos y mis consideraciones las miréis con benevolencia.

El hipnotísmo y sus aplicaciones en la terapéutica de las afecciones mentales.

Convencido estoy de que no vengo á conquistar adeptos sin restrición para la práctica hoy en voga del hipnotismo; esa pretensión la conceptuaría ridícula, entre otras causas por mi falta de autoridad y porque mis estúdios aún incipientes no pueden traer consecuencias científicas de valor irrefutable.

En Francia, España, Inglaterra, Alemánia y América son frecuentes é interesantes hoy las discusiones que solicitan una interpretación racional de la acción de este agente precioso, y así también se ventila con viveza y señalada elocuencia lo que se contrae á la determinación precisa de sus indicaciones terapéuticas y de las resultas consiguientes de estas aplicaciones.

Desde la escuela de Nancy, que juzga con sus adeptos al fenómeno hipnótico como un hecho natural é inofensivo, semejante en un todo al sueño fisiológico, hasta la exagerada apreciación de estimarlo como perjudicial y reprensible, originario, por ende, de trastornos del órden neuropático, son innumerables las presunciones de la hipnósis; unas perfectamente razonables, otras que si halagan, porque representan la cosecha de imaginaciones poderosas, no es ménos cierto que todavía envuelven apreciables confuciones en cuyo fondo se agita latente la duda.

El caudal de hechos aportados por los experimentadores Bernheim, Cullere, Bouricy, Burot, Luys, Charcot, Richet, Liebeanlt etc. etc., como asimismo los ofrecidos en nuestros periódicos profesionales por estudiosos compañeros, que no por lo modestos son ménos valiosos, representan un número valiosísimo es verdad; pero las apreciaciones diversas que han nacido al calor de estas experiéncias entrañan tan variados juicios, que el espíritu, ansioso siempre de escalar la cima de la verdad, ha sido el móvil para determináros en el sentido de las experiéncias personales en la esperanza de obtener un agente curativo que nos consintiera la satisfacción de devolver la razón á esos séres, doblemente enfermos y desdichados por carecer de ese don precioso que enaltece al hombre y le coloca preferentemente á la cabeza en la escala de los séres organizados.

Despojado completamente de toda idea preconcebida relativa al modo íntimo de acción de ese agente, usando sólo de esos procederes clásicos de hipnotización, emprendí el ensayo en una série de casos, alguno de los cuales paso á exponeros.

La parda N. N., jóven de veinte y un años de edad, que había padecido dos accesos de delirio maniaco, inconhercnte, se encontraba ya en vías de curación, tranquila, razonable un tanto y sobre todo había recobrado ya la atención, ántes móvil, suficientemente para poner en ella el sueño hipnótico, colocada ante nosotros, bien pronto vimos que sus párpados se cerraban, los miémbros todos entraron en una completa resolución y adquirió el grado de catalépsia sugestiva, suficiente para que nosotros aprovechéramos ese estado para recomendarle la calma y le inculcáramos todas aquellas ideas encaminadas á un recto juicio y perfecta deliberación.

Al signiente día, nueva sesión con éxito rápido.

Así continuamos diariamente, notando que nuestra enferma fué ganando de una manera rápida la curación, rapidéz que, comparada con la lenta marcha de todos los procesos frenopáticos, nos autorizaba á atribuirlo al sistema de que me vengo ocupando.

Esta enferma salió radicalmente curada del Asilo, debiendo hacer constar, que poco tiempo ántes de su salida, y cuando ya la teníamos sometida á las sugestiones hipnóticas, tuvo lugar el ingreso de su madre, mortalmente herida de demencia paralítica. Esta jóven asistía á su madre con solícito cuidado, y cuando salió de alta nos manifestó sus deseos de obtener su extracción, á lo cuál le indicamos nuestra falta de conformidad porque juzgábamos imprudente, el que en las condiciones sociales de nuestra enferma, sin recursos, fuese á adquirir una obligación que es bien lógica, bajo el punto de vista moral y sin embargo peligrosa para aquél cerebro tan recientemente íntegro en sus funciones.

2º caso.—Dª N. de Pinar del Rio, manía general, incoherente durante los cuatro meses primeros. En la época en que empezamos á hacer nuestras experiéncias, período de calma, de aparente integridad y susceptible de prestar atención.

Várias sesiones sucesivas, con éxito, sueño profundo sin catalépsia, modificación del carácter, mejoría notable y rápida hasta la curación completa.

3º caso.—La morena N. N. lipemaniaca, con alucinaciones sensoriales, atención móvil, sostenida únicamente cuando fuertemente exitamos su sensación. Préstase á nuestra experiéncia y durante el sueño, en primer grado, le sugerimos, entre otras cosas, que le era preciso que ejercitara su actividad física, que no se preocupase, que esté tranquila y convencida de que todos los que le rodean están dispuestos á con-

tribuir para el restablecimiento de su salud. Después de tres sesiones succsivas, la veíamos, por iniciativa própia, asear las habitaciones, coser y ser apta para el desempeño de las funciones ó ejercícios própios de su sexo, para los que la cmpleaban las Hermanas de la Caridad. Curación rápida comparada con la marcha lenta que de ordinario lleva esta forma mentopática.

4º caso.—La parda N. N. de alguna edad, con delirio de naturaleza hipocondriaca y alucinaciones persistentes é intensísimas del oido; préstase á la sugestión, pero núnca pudimos obtener sino una ligera soñolencia. Levantábase de repente, después de una ó más tentativas, y se negaba rotundamente á prestarse para más experiéncias. Todos los días que intentamos sugestionar á esta enferma, nos pasaba lo mismo que dejo relatado. De manera, que en este caso nada hemos conseguido.

5º caso.—La morena N. N. de San Antonio de los Baños, melancólica, con delirio alucinatorio acentuado, que alimenta y sostiene su dolor moral, recelosa de cuanto le rodea, ofrece una resistencia activa á la hipnósis. Vanamente intentamos en diversas ocasiones, convencerla de la utilidad que le reportaría su prestación voluntaria á nuestra experiéncia. Tan pronto como tratábamos de ejercer en ella una influencia que creíamos beneficiosa, con la presencia de los enfermos, esa enagenada, de triste, callada, retraida, se convertía en locuáz, manifestando un temor grande, sostenido por las alucinaciones terroríficas que obraban sobre su cerebro exitable, y haciéndose agresiva, nos obligaba á rennnciar á nuestros ensayos, por considerarlo altamente perjudicial y contraproducente.

Teniendo en cuenta que este fracaso, y muchos más que considero inútil relatar, eran debidos á que la mayor parte de nuestros enfermos, por ser este Asilo un establecimiento general para la reclusión definitiva, revestían como formas más comunes las demencias y los delirios crónicos, cuyos estados denotan evidentemente alteración nutritiva de la sustancia cerebral.

Considerando que en estos casos no se trata de una alteración funcional simplemente, por exceso ó defecto de irrigación sanguínea, sino que hay ya un proceso microbiótico de los elementos cerebro-espinales, y que, por consiguiente, en ningún estado puede hacerse funcionar un órgano que ya no tiene condiciones de vitalidad.

Renunciamos á continuar las experiéncias de una manera general, limitándonos únicamente á provocar la hipnósis en los enagenados, en los cuales, ó bien se ha despertado la atención, ó que esta facultad no ha sido muy preferentemente alterada y que, por consiguiente, están en condiciones propias para ser sugestionados. En estos hemos encontrado siempre, y no creemos engañarnos, una precipitación en la mar-

cha própia de las afecciones mentales, obteniéndose así una curación más rápida.

En nuestra clínica particular hemos tenido lugar de sugestionar, entre otros, á un jóven á el cual teníamos siempre que anunciarle ántes de despertarle, que no sentiría la menor molestia; una vez que omitimos esta observación, nuestro sugeto se despertó aquejando violentísima cefalálgia, los ojos inyectados y la cara roja, con un aumento de temperatura cutánea notable, sobre todo en la región frontal; convencímosle con alguna dificultad, á que se sometiera á nueva expeniéncia, y, una vez obtenido el sueño hipnótico en 2º grado, le mandamos despertar, previniéndole que no sentiría la menor molestia. Hemos de ser francos, el resultado nos sorprendió, puesto que nunca habíamos omitido la precaución de prevenir á nuestros experimentados, el despertar con la ausencia completa de toda molestia.

Otro.—Una morena que por cáries se vió atacada de una neurálgia intensísima y renuente á la extracción de la pieza, le propusimos el sueño hipnótico, que aceptó con alguna reserva.

Catalépsia sugestiva; al despertarse nos manifestó desaparición completa del dolor.

Al siguiente dia nueva exacerbación dolorosa, ménos intensa; nueva sugestión con éxito completo.

Para no cansáros, señores, voy á rélataros el caso que yo conceptúo más curioso por el resultado obtenido de la aplicación de la sugestión hipnótica.

Solicitan mis cuidados para una enferma del término; monté á caballo y salí con el sobrestante hácia su vivienda. Durante el camino nada me dijo, y cuando ya hubimos llegado á la casa, con mucha reserva me manifiesta, que su mujer estaba trastornada hacía algunos días, que se negaba á tomar alimento y medicación alguna y que la sola enunciación de que algún médico pudiera asistirla, provocaba en ella un delirio tan intenso y agresivo, que eran insuficientes los esfuerzos de cuatro ó cinco hombres. Manifestóme el marido que iba á presentarme como un mercader de tabaco, y que en ese concepto yo la podría observar y manifestarles mi opinión sobre la enferma. No dudo en decir, señores, que me imponía el encontrarme frente á frente de una manía agresiva é intensa, sin condiciones apropiadas para la defensa y sin influencia moral sobre la enferma.

Penetré bruscamente en la habitación; la enferma estaba vestida y acostada en un catre, con aspecto exterior de salud; levantóse de repente, como movida por un resorte, los ojos grandes, parecían desprenderse de sus órbitas, el disgusto se retrató en el semblante; yó, en vista de un cuadro prodrómico tan marcado de un acceso, me acerqué á ella y le hablé con entonación algo fuerte, la indiqué que era médico,

que venía á curarla y que de no prestarse al exámen y atención, tendría irresistiblemente que ser trasladada de su casa al Asilo.

Para no cansaros os diré, que trás una lucha de resistencia por parte de ella, pero sin violencia, y de persuación por la mia, consigo en un momento de calma, que la enferma se sentase en una silla, haciendo yo lo própio delante de ella.

Ocurrióseme entónces provocar el sueño hipnótico, el cual conseguí tras unas tentativas sin resultados. La familia y demás personas presentes creyeron que yo le había propinado algún calmante. Refiérenme entónces que hacía tres días que la enferma tenía una moneda de oro en la boca, yo lo dudaba porque no había notado ningún impedimento en la palabra; pero para convencerme le abro la boca, y al ir á extraerle la moneda, que tenía debajo de la lengua, despiértase y niégase á continuar más tiempo sentada; comprendiendo que la influéncia sugestiva persistía, á pesar de haberse despertado, provócole con gran facilidad nuevo sueño, y hago que me entregue la moneda, sugeriéndole la idea de que debía alimentarse y tomar la medicación que le indicaría. Al siguiente dia supe que la enferma había dormido bien y que ofrecía una calma, que hacía esperanzar á su familia una pronta curación. No he vuelto á saber de esta enferma.

Nada nuevo he de decíros, señores, al asegurar que el hipnotísmo es un hecho probado y aceptado por la ciencia y tanto en la explicación del fenómeno como en el resultado terapéutico que de él puede esperarse, se provocan hoy constantes controvérsias.

Considero y comprendo las exageraciones á que, como todos los sistemas, ha estado expuesto el estúdio del hipnotismo, exageraciones que han traido consecuentemente el excepticismo por una parte, y por otra las apreciaciones de charlatanes para unos, de cándidos para otros y de prácticas perjudiciales para los más.

Y llamo exageradas apreciaciones, tanto las que se derivan de los que, juzgando el sueño hipnótico, como semejante en un todo al sueño natural, lo consideran de fácil obtención y sin perjuicio alguno en su práctica; como también las que nacen de los que opinan, que tiene una importancia terapéutica tan extraordinaria, que, á juzgar por sus asertos, llega á ser el desideratum de la medicina, por la curación casi milagrosa, fácil y pronta, de afecciónes diversas y rebeldes algunas á los tratamientos actuales.

Que el hipnotísmo no es idéntico, ni aún semejante, al sueño natural, me lo prueban los hechos siguientes, observados en mis cortas experiéncias:

En todos los casos, tanto en enagenados hipnotizables, como en personas cuerdas, mujeres jóvenes y niños, he observado rubicundéz primero ligera, más tarde acentuada, de la cara, con aumento notable de

la temperatura y muy particularmente de la frente, inyección de las conjuntivas y lagrimeo, frialdad de las extremidades, pulso frecuente, débil y contraido, movimiento vibratorio de los párpados, y los ojos fuertemente convulsionados hácia arriba; respiración anhelosa al iniciarse el sueño, aunque algunas veces recupera la calma y normalidad.

Estos fenómenos objetivos, unidos á los subjetivos de que los enfermos, á no ser que les prevenga lo contrario, despiertan con pesadéz de los ojos, cefalálgia gravativa y un estado emocional más ó ménos pronunciado, indican claramente que el cerebro está pronunciado en un sentido tal, inesplicable tal vez, pero que al fin funciona, determinando una sobreexitación extraordinaria en una de sus facultades, la atención; sobreexitación que trae por consecuencia la abstracción completa del sugeto hipnotizado, de todo aquello que no sea referido de una manera ó de otra por el operador; sobreexitación y abstracción que le obligan á perder la reacción necesaria para ejercitar libremente su voluntad. La abstracción llega á grado tal, que el indivíduo, no solo pierde la aptitud para ponerse en relación y sentir otras sensaciones que las sugeridas por el operador, sino que se abstrae por completo de sí mismo; esto es, pierde la conciencia, el conocimiento de su propio poderío.

Ahora bien, concíbese fácilmente que algún efecto orgánico y funcional han de producir en un órgano la constancia y frecuencia de prácticas, cuyo fin principal es colocar á un ser en una condición psíquica especial, impotente á ofrecer la menor resistencia para determinaciones, tanto del órden moral, como físico, sujeridas por otro.

Es probable que el indivíduo que se habitúa á ser dócil lo sea siempre; por consiguiente, la continuación mal dirigida y peor interpretada de la hipnósis, ha de ocasionar, á mi manera de ver, la debilitación notable de la voluntad del sujeto que se somete á las experiéncias. Por consiguiente, el beneficio que de la aplicación terapéutica del hipnotísmo pueda obtenerse, depende, á mi manera de ver, de su aplicación racional y prudente y de ninguna manera del abuso que de él se hace para exitar el interés de un público, que satisface su curiosidad.

El hipnotísmo, como todo agente medicamentoso, tiene señalada su acción fisiológica, que resulta de una aplicación convenientemente indicada, y su acción tóxica, reprensible y que debe ser castigada por las leyes, cuando es aplicada por personas á quiénes no les guía más interés que provocar ante el público, más ó ménos numeroso que le contempla, la admiración y estupor, quiénes, por lo regular, no se conforman conque sus pacientes operados obtengan una ligera soñolencia ó cuando más lleguen á la catalépsia sugestiva, sino que habituán-

dolos con la pertinación y frecuencia de las experiéncias, consiguen obtener de ellos los estados máximos de sonambulismo, en cuyo estado pueden sugerir á sus hipnotizados las acciones más perversas y criminales.

Conforme con esta apreciación, yo creo que en la terapéutica de la patología mental, la hipnósis tiene un ancho campo dónde ensayar sus frutos. El momento oportuno para emplear este agente, será aquél en que el enagenado ofrezca menor alteración en su facultad atentiva, sin la cuál es imposible llevar á cabo la hipnósis.

Es indudable que en las demencias, delirios crónicos y todos aquellos casos en que la alteración funcional obedece á una perturbación nutritiva de la sustancia nerviosa, ó á su incompleto desarrollo, la hipnósis no estará indicada; pero, en cámbio, en aquellos en que la locura está sostenida por una idea delirante que predominando hace importante la reacción de la voluntad y del raciocinio en el sentido de la razón, entónces un agente como es el que nos ocupa, que pone la voluntad y sensación del operado á merced completa del operador, es el que reune las condiciones própias por su aplicación para que, una vez conseguido el sueño hipnótico, combatamos el delirio, y sugeriendo la idea de la reacción post hipnótica, al cabo de algunas sesiones, el delirio desaparezca y la integridad funcional del cerebro venga á coronar nuestros esfuerzos.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Bellver.

El Dr. Bellver: Crée que puede llegarse hasta el sonambulismo provocado, con un fin terapéutico en los locos; debiendo recurrirse, en caso de resistencia, al cloroformo ó cloral, para facilitar la intervención.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Rayneri.

El Dr. Rayneri: Crée que el hipnotísmo llegará á utilizarse como médio diagnóstico en las locuras, y que su empleo es beneficioso en algunas formas de enagenación.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. Malverti para replicar.

El Dr. Malverti: Dijo que su trabajo tenía que ser incompleto, por no prestarse mucho para las observaciones, el campo de que dispone en Mazorra; sin embargo, tratará de vencer los obstáculos que existen para lo futuro.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Sr. Rodríguez para leer su trabajo.

✓

La gingivítis expulsiva en la Isla de Cuba.

Por el Sr. D. Francisco Rodriguez.

Cirujano-Dentista.

No hace aún muchos años, cuando un grupo de entusiástas y decididos compañeros, fundaba la primera sociedad dental que ha existido en los dominios españoles, tuve la honra de proponer y que fuera aceptado por esa naciente Asociación, un prémio particular al autor de la mejor Memoria sobre el tema de que es objeto el presente trabajo. Dos fines me proponía: el estímulo de mis compañeros, jóvenes y deseosos de aprender, y el beneficio de la humanidad con la comprobación y estúdio de las múltiples observaciones que había recogido en mi práctica privada.

Pasaron los tiempos y, triste es decirlo, ninguno de mis compañeros correspondió á mis esfuerzos, y la sociedad, cuando por tristísimas causas tuvimos que abandonarla, vió, impávida y sin una protesta siquiera, el momento de desligarse de su compromiso para con su pátria, con la ciencia y con la humanidad.

Hoy, en más felices días, al inaugurarse el primer Congreso Médico de Cuba, os presento á vosotros algunos de esos datos recogidos, y os ruego que les prestéis más apoyo, que los acojáis con más benevolencia; pues lo que en bien de la ciencia hagáis, redundará en beneficio de vuestra profesión y de vuestra pátria.

Descripción.—La gingivitis expulsiva, llamada también osteoperiostítis alveolo-dentaria, es una enfermedad larga y circunscrita, lo que permite seguir paso á paso su marcha. En el primer período, se revela su presencia por un sarro especial, sebáseo, que nunca se endurece, de olor especial, pero nunca fétido, que cubre los dientes y muelas. Las encías se presentan ligeramente inflamadas. El paciente se queja además de pesadéz en el estómago, las digestiones se hacen laboriosas; más tarde la lengua se siente áspera y seca, haciéndose casi de necesidad el uso de bebidas azucaradas y frutas jugosas. La constipación intestinal se presenta en unos, en otros el estreñimiento, seguido de desahogo repentinos, cual si estuviesen bajo la acción de purgantes. Este período de invasión, más ó ménos largo, casi pasa desapercibido para muchos; cuando lo notan es al entrar en el segundo, al que caracteriza un aumento de inflamación en las encías, inflamación que vá á más cada día, molestando incesantemente al paciente.

A la declinación de este segundo período, que dura por lo regular algunos meses, se presenta el tercero, que es el más característico de ésta, entre nosotros, muy común enfermedad. La supuración empieza á brotar entre el borde alveolar y el tejido gingival: desde este momento la encía empieza su marcha de contracción gradual, los alvéolos se pierden y, por consecuencia, el diente ó muela sigue alargándose, al parecer, desorganizándose estos últimos; de tal manera, que al irse separándo unos de otros dejan espácios vacíos tan grandes, que casi parecen acusar la existencia de antíguos dientes. El dolor, que hasta ahora no ha existido, se presenta bajo una forma lenta y constante más arriba del cuello del diente, dolor que es más agudo en el invierno y al contacto de las impresiones frías, y más pertináz así que ván los dientes acabando de perder su apoyo y organización. Por último, faltos de sujeción, impulsados por la lengua incesantemente á todos lados, casi como cuerpos extraños, terminan por caerse ó por extraérselos el mismo paciente, pues sólo los sostiene el perióstio en un pequeñísimo punto en el ápice de la raíz.

Si el paciente es sifilítico, el desenvolvimiento supuratorio se hace más rápido, complicándose más la enfermedad y pudiendo sobrevenir, como lo he visto más de una vez, la necrósis del maxilar.

Consideraciones etnológicas.—Creo de este lugar hacer presente algunos datos sobre este asunto, recojidos, durante más de cuarenta años, entre las diversas razas existéntes en esta Isla. Si son esencialmente característicos de la afección que se trata ó como otras muchas enfermedades originadas por circunstancias especiales del médio en que se mueven, es lo que aún no he podido comprobar.

La raza caucásica es la más expuesta entre nosotros, á este mal; miéntras más sedentaria es la vida del indivíduo, miéntras más entregado está á los trabajos intelectuales, más fácil le es caer presa de la gingivítis expulsiva. Entre los europeos, sobre todo los españoles peninsulares, es más común después que han pasado la fiebre amarilla y se han aclimatado en el país. Sus hijos, los cubanos, son mucho más atacados que los padres.

En la raza etiópica hay hechos dignos de notarse. No he visto un sólo negro africano que sufra de gingivitis expulsiva. ¿Será por su vida material y sus trabajos puramente mecánicos? ¿Será por su constitución más fuerte y su vida, pasada casi siempre en los campos? ¿Será porque su organización sea refractaria á la aclimatación completa en nuestro suelo? Su prole, los negros criollos, al contrario de sus padres, sufren la enfermedad, pero siempre los de las ciudades más que los de los campos; los más inteligentes, más que los más ignorantes; los más débiles, más que los más robustos.

Entre la raza mongólica, también habitante de esta hospitalaria

tierra, es casi desconocida la gingivítis. Su mala alimentación, poca higiene y excesivo uso del ópio, les trae la estomatítis, la periostítis, pero nunca la gingivítis.

Las mezclas de todas estas razas unas con otras, quizás por nacer en este suelo nuestro, todas sufren más ó ménos, sin estadística fija, del mal de que se trata.

Con respecto á los sexos, no hay regla segura; tanto ataca al hombre como á la mujer. En cuanto á la edad, salvo excepciones, nunca se presenta ántes de los diez y ocho ó veinte años.

Causas.—Dice Follin, que: «la gingivítis expulsiva es una enfer«medad idiopática, consistente en una flegmasía especial, que produ«ce el desprendimiento, la supuración del perióstio, y termina por la «caída de los dientes sanos; la enfermedad se presenta fuera de toda «irritación local en indivíduos de dientes sanos y cuyo líquido bucal «puede presentar la reacción alcalina normal, lo que nos conduce á «suponer que *se desarrolla bajo la acción de cáusas generales*, cuya natu«raleza es, por otra parte, muy mal conocida».

Ed. Carriere también ha creído observar que «la gingivítis expul«siva era más frecuente en los países, cuánto mayor era el número de «afecciones escrofulosas ó verminosas».

Graves ha añadido, como causas de esta afección, la gota y el reumatísmo.

Otros acusan al mal de Bright y sobre todo la glicosuria. En esta última es tan constante, que constituye, según Magitot, un síntoma primordial.

Dice además Fort que «la gingivítis ha preocupado mucho á los «médicos, porque reune á todos los caractéres ya descritos, el ser su«mamente rebelde á los médios terapéuticos;» así lo confirman también Vidal, Marchal (de Calví) y Toirat.

Ahora bien, hasta aquí quedan enumeradas las enfermedades de las que, según los diversos autores, puede ser síntoma la gingivítis expulsiva; pero hay en Cuba otro azote, del que he observado tantos casos que, sin temor alguno, pudiera afirmaros que debe también añadirse á las anteriores. Esta es la *tuberculósis pulmonar*. En la gran mayoría de los casos en nuestro país, la gingivítis acusa una diátesis tuberculosa. Casos he seguido, en que los indivíduos sanos y robustos, al parecer, y en los cuáles no se hubieran encontrado síntomas ningunos de afecciones pulmonares, no ha tardado mucho tiempo en presentarse la tuberculización después de desarrollada la gingivítis.

¿No guardan además, entre nosotros, una completa relación muchos de los atacados de tísis y de gingivitis? Las naturalezas delicadas y nerviosas, de gran trabajo intelectual y poco mecánico, son las más expuestas en una y otro caso.

Llamo, pues, la atención sobre este particular y os ruego os fijéis en él, por el bien que pudiera resultar.

Diagnóstico.—No es difícil las más de las veces. Sarro especial, inflamación de las encías, seguida de supuración en el borde alveolar, contracción gradual del mismo borde, vacilación del diente, desorganización y caída. Hé aquí los signos característicos y que nos la harían diagnosticar en seguida, por más que todos los síntomas no se presenten de momento, sino tarden á veces en aparecer mucho tiempo.

Pronóstico.—Considerada como enfermedad local, su pronóstico no es dudoso; termina con la caida de los dientes. Los medicamentos no obran, en la mayoría de los casos, más que deteniendo el curso del mal; pero, á la larga, casi siempre se pierde el diente atacado.

Como síntoma de afecciones generales, seguirá la marcha, más ó ménos lenta de aquellos males de los que ella no es más que el signo exterior.

Tratamiento.—Éste tiene que ser, en primer lugar, el de una completa higiene en todo lo que se relacione con la boca.

El siguiente colutorio, usado con frecuencia al principio, me ha dado siempre buenos resultados.

Tintura de quina....................	2	gramos.
Clorato de potasa....................	1	„
Agua destilada.......................	300	„

Más adelantado el padecimiento puede usarse, una vez al día, la siguiente preparación; pero usando, en vez de escobilla, una esponja pequeñita sujeta á un cabo de madera ó mejor de ballena:

Clorato de potasa....................	8	gramos.
Carbón de Belloc....................	15	„
Agua rosada..........................	C. S.	

Hágase como una pasta muy blanda.

Algunos autores prescriben las cauterizaciones con yodo, ácido fénico ó crómico; pero, á pesar de haberlas ensayado muchas veces, jamás me han dado buen resultado.

Como tratamiento general deben prescribirse, en cuanto lo permitan las circunstancias, los baños de esponja, ejercicios gimnásticos, equitación, disminución del trabajo cerebral excesivo, el uso de alimentos sanos, huyendo de todos aquellos estimulantes que no sirven sino para engañar el apetito á costa del estómago, tener las horas suficientes de sueño y no repetir mucho las veladas, cuyo resultado es tan perjudicial en estos climas, y, por fin, el uso de todos los reconstituyentes.

Las madres de familia deben, por tanto, acostumbrar á sus niños, desde la infancia, al mejor régimen higiénico que, al mismo tiempo

que les desarrolle la economía, les evite mañana, entre otros muchos males, el tan frecuente de que se trata.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Coronado.

El Dr. Coronado: señala el paludismo como un factor importante en la génesis de la gingivítis expulsiva: ha tenido ocasión de comprobarlo muchas veces en la localidad en que ejerce su profesión.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Vila.

El Dr. Vila: ha observado la gingivítis en los indivíduos afectados de la diarrea crónica que se padece en Cabañas.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Rayneri.

El Dr. Rayneri: crée que esta afección puede ser de orígen infeccioso.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. San Martín.

El Dr. San Martín: Apoya la idea de una infección general del organismo, originada en el proceso local de la gingivítis. Ruega al Sr. Rodríguez, que continúe las investigaciones que ha practicado en dicha enfermedad.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Wilson.

El Dr. Wilson: crée que la gingivítis puede obedecer, en algunos casos, á irritaciones locales, y propone las cauterizaciones con el ácido sulfúrico.

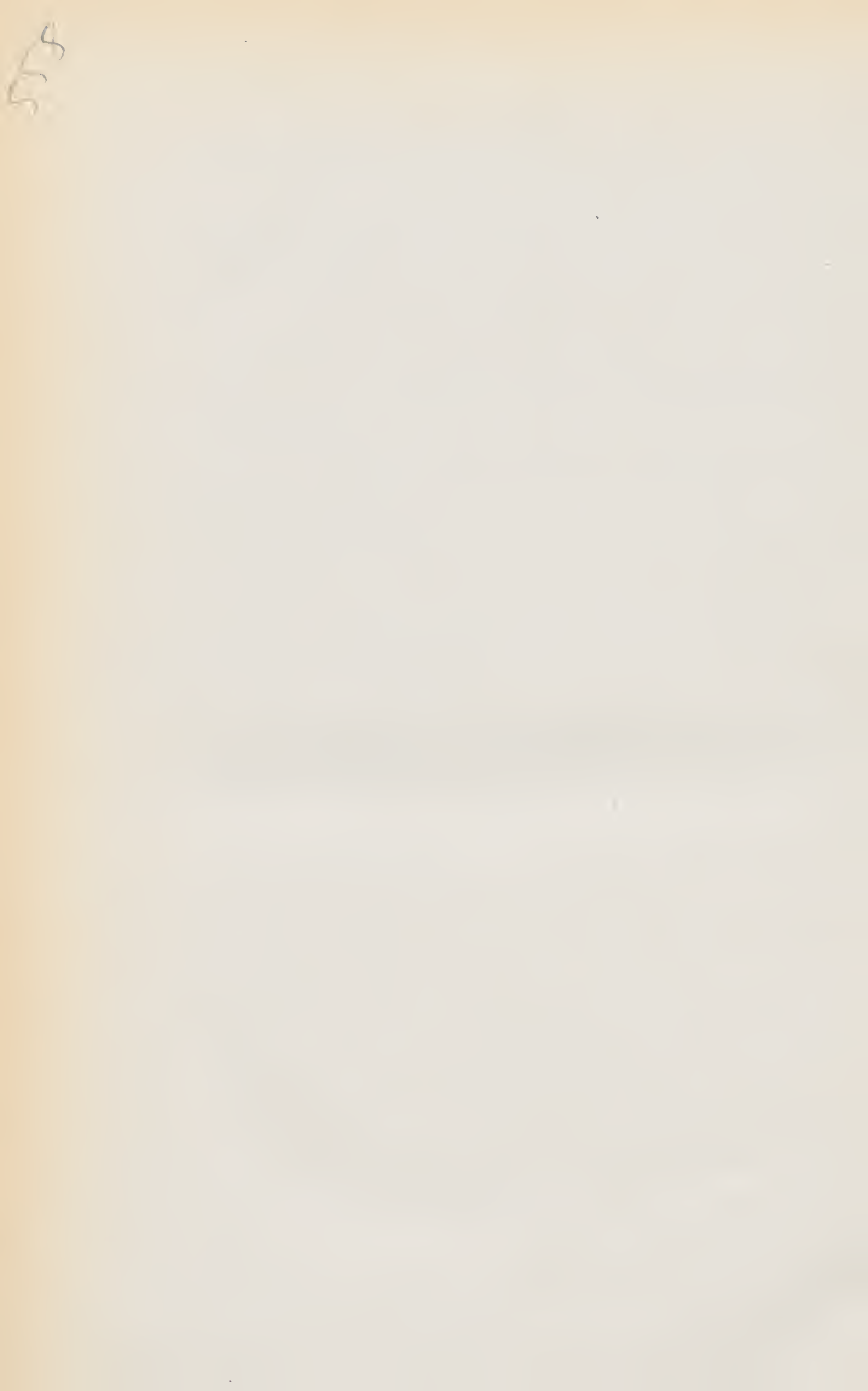
El Dr. Dueñas felicitó al Dr. Rodríguez por la escrupulosidad con que ha llevado á cabo sus observaciones.

El Sr. Presidente: tiene la palabra el Dr. Rodríguez.

El Dr. Rodríguez: agradece las indicaciones de todos los que han hecho uso de la palabra sobre su trabajo.

El Sr. Presidente: Cumplida la órden del día se dá por terminada esta sesión y se cita para la próxima á la hora acostumbrada.





UNDECIMA SESION.

(22 de Enero.—$7\frac{1}{2}$ noche.)

Presidencia: Dr. Francisco Zayas Jimenez.

Secretario: Dr. López.

El Sr. Presidente declara abierta la sesión y autoriza al Sr. Secretario para que dé lectura al acta de la anterior.

Sometida á discusión y no habiendo más que algunas modificaciones pedidas por el Dr. Bellver sobre su disertación, que fueron atendidas, quedó aprobada por unanimidad.

El Sr. Presidente: Después de leída «la órden del día» concede la palabra al Dr. Portuondo para que leyera su trabajo:

Análisis bacteriológico de las aguas del "Canal de Albear."

Por los Doctores Juan N. Dávalos y Enrique Portuondo y Portuondo.

Señor Presidente: Sres.—El agua de los manantiales proviene, como sabéis, de las aguas meteóricas, que, una vez en la superficie terrestre, podémos dividir en dos partes: una que corre por la superficie ó penetra muy poco, apénas llega á las primeras capas de la tierra, y otra que llega á una gran profundidad de la misma; esta última, después de permanecer más ó ménos tiempo en el lugar indicado, sale de nuevo, constituyendo así los manantiales.

Al caer, las aguas pluviales arrastran consigo los elementos figu-

rados, que flotan en las capas inferiores de la atmósfera, entre los cuales figuran los micro-organismos, que el aire mantiene en suspensión; pero estas aguas se cargan aún de muchos más gérmenes al ponerse en contacto con el suelo, donde pueden existir y generalmente existen, en condiciones dadas, los gérmenes de las enfermedades infecciosas.

Estas serán las aguas destinadas después á nuestro consumo; pero tal como la acabamos de ver, cargada de los elementos que recogió al atravesar la atmósfera y de las existentes en el suelo, no es posible hacer uso de ella; debemos, ántes de ingerirla en nuestro organismo, despojarla de cuántos gérmenes patógenos pudiera llevar consigo. La naturaleza se ha encargado de esta operación, y nos la presenta, al cabo de cierto tiempo, límpia, transparente y desprovista de todo aquello que sea peligroso á nuestra economía.

El agua atraviesa las diversas capas del suelo por filtración capilar; quedando. por tanto, aprisionados los micro-organismos que lleva en suspensión: mediante esta operación llega el líquido perfectamente estéril á los depósitos subterráneos, de donde parten los manantiales. Tenemos, pues, en el subsuelo, un inmejorable filtro, en donde la naturaleza esteriliza el agua que nos proporciona para nuestro uso; pero no siempre se halla en ese estado de integridad este filtro; pues á veces presenta endijas ó grietas, que ponen en comunicación los depósitos subterráneos con el exterior, y entónces las aguas no sufren esa filtración esterilizadora, sucediendo ésto, sobre todo, en los terrenos de naturaleza caliza.

Por otra parte, el agua al brotar del suelo y llegar á nuestras manos, ha recogido de nuevo los gérmenes aéreos y los de los conductos por donde han de ser conducidos hasta nosotros.

Hé aquí, Señores, la importancia del análisis biológico del agua de los manantiales, que se quieren dedicar al consumo de una población; análisis que es más importante, cuánto que quizás de él dependa el grado de salubridad de una población de miles de almas. ¿Cómo puede estar exenta de las enfermedades contagiosas un pueblo que ingiere, con el agua, los gérmenes que ésta recoge de la superficie del suelo, de una comarca más ó ménos extensa, donde tal vez existan fábricas de diversas clases y hasta poblaciones? ¿Cómo pueden estar exentas de sufrir endemias ó epidemias?

Al análisis biológico de las aguas del canal de Albear, se le ha dado tan poca importancia entre nosotros, que quizás todavía sea considerado como un lujo científico, y nó como una necesidad que se impone hoy á cualquiera población medianamente civilizada.

Hoy ya no basta el análisis físico-químico de un agua para considerarla como de buena ó mala calidad. No es suficiente decir que es

transparente, que marca tal ó cual grado hidrotimétrico; que contiene estas ó aquellas sales y en tales proporciones; no, poca importancia tendrían las bondades físico-químicas de un agua, si en ella se encontrase oculto el gérmen de alguna de las enfermedades más contagiosas.

No entrarémos en la descripción de las obras del Canal ó acueducto de Albear; primero, porque somos en extremo insuficientes, no para describir, sino para dar aún una ligera idea de una obra, que ella sola ha inmortalizado entre nosotros al sábio y distinguido ingeniero D. Francisco Albear y Lara, y segundo, porque lo exige así la índole del trabajo que sometemos hoy á la ilustrada consideración de los Señores miembros de este Congreso.

Sólo vamos á dar una ligera reseña geológica de los manantiales de Vento; manifestando antes que se la debemos á la amabilidad del distinguido ingeniero Director de dichas obras, en la actualidad, D. Joaquín Ruiz.

El terreno de Vento puede calificarse de terciario, existiendo dudas sólo sobre si es mioceno ó eoceno, dado los fósiles algo escasos en este punto. El subsuelo es de caliza compacta arciñonada.

Los manantiales provienen de las aguas pluviales infiltradas, surgiendo á la superficie á una temperatura algo inferior á la média atmosférica.

La cuenca hidrográfica del río Almendáres, aguas arriba de Vento, es sumamente extensa, y las aguas que corren por el drenage natural, que les ofrece su suelo permeable, son más que sobradas para alimentar al río, aún teniendo en cuenta sus crecientes, y mantener invariable en su composición y cantidad los manantiales de Vento.

Esta cuenca hidrológica tendrá unas 33 leguas cuadradas, ó sean 1.017 millones de metros cuadrados.

La más restringida, que parece influir de modo más directo y casi exclusivo sobre Vento, tendrá 18 leguas cuadradas, y se comprende, hácia el Oeste de dicho punto, limitada al Norte por la Sierra de Banes y Lomas del Rosario, y, por el Sur, la Sierra de Bejucal.

En la actualidad, las aguas del Canal de Albear, se hallan divididas en unas que, concentradas ó reunidas por la presa, ván á dar al río Almendáres, y en otra, que proviene de un manantial que desagua directamente en el túnel y que en la actualidad es de la que hace uso una gran parte de esta población.

Nosotros hemos practicado el análisis bacteriológico de ámbas, por separado y en dos ocasiones distintas, para evitar, en lo posible, los errores á que hubiésemos estado expuestos de haberlo hecho sólo una vez, observándo las reglas que la ciencia aconseja para impedir las infecciones frecuentes en las manipulaciones que hemos tenido que llevar á cabo.

Dada la disposición de las obras, nos ha sido imposible recoger el agua á su salida inmediata de los manantiales, que es cómo debe recogerse para estos análisis, pues así se evitan las infecciones del aire.

Agua denominada de la Presa.—Esta sale de una multitud de manantiales que brotan del fondo de ella: la Presa tiene una forma circular, el agua que contiene tendrá próximamente un metro de altura, se halla al aire libre y bajo la influencia directa de la luz solar. Recogimos el agua en un punto inmediato á su desagü en el río; pues en ese lugar se encuentran reunidas las aguas de todos los manantiales.

Agua denominada del Manantial.—Como anteriormente hemos dicho, el agua que en la actualidad consume una paate de la población de la Habana, proviene de un manantial que brota del fondo del túnel, hallándose resguardada del aire y de la luz solar: posée, por lo general, una temperatura algo superior á la de la Presa.

Técnica empleada.—Para recoger el agua de ámbos manantiales, usamos los balones Pasteur, perfectamente esterilizados de antemano, é hicimos una dilusión en agua esterilizada, en la proporción de $\frac{1}{3}$ por 50; es decir, pusimos en 50 gramos de agua esterilizada $\frac{1}{3}$ de gramo del agua que íbamos á analizar; colocándo esta mezcla en un balón y después de agitada, tomamos con pipetas esterilizadas 35 gotas de dicha mezcla y vertimos una gota en cada uno de los 35 balones de Pasteur, que préviamente habíamos dispuesto; éstos contenían caldo de vaca peptonizado, subalcanilizado y perfectamente esterilizado.

Médios de cultivo.—Como médios de cultivo, hemos empleado el agar-agar y la gelatina.

Descripción de los micro-organismos encontrados en el agua denominada del *Manantial*, que es la que hoy consume una parte de la ciudad de la Habana. De los 35 balones de Pasteur, en que hicimos las siembras, germinaron 13, que corresponden á los gérmenes que, por órden alfabético, describimos á continuación:

A—Bacilo de 2″5 mm. de largo por 1′4 mm. de grueso; extremidades algo redondeadas, éstas se colorean muy fuertemente por los colores de anilina, y el resto recibe muy bien los mismos colores: posée ligeros movimientos de progresión.

Caractéres de la colonia.—Agar-agar: en este médio de cultivo se desarrolla bien; su color es amarillo algo oscuro, de bordes y superficie irregulares y de un aspecto homogéneo.

Gelatina: Conserva los mismos caractéres y no la licúa.

B—Stafilocócus de 1′2 mm. próximamente de diámetro; recibe muy bien los colores de anilina.

Caractéres de la colonia.—Agar-agar: germina muy bien en la superficie de éste, representa una mancha rojiza, que forma relieve, siendo

su superficie brillante y granulosa, sus bordes son irregulares y su aspecto homogéneo.

Gelatina: Sus caractéres idénticos al anterior, sólo que se desarrolla con lentitud y no la licúa.

C—Está constituido por el microcócus habanensis de Gibier.

D—Sacaromices ó levadura, que se agrupa á menudo en tétradas, de grandes demensiones, y recibe una coloración perfecta por los colores de anilina.

Caractéres de la colonia.—Agar-agar: germina bastante bien en este medio; en la superficie adquiere una forma circular de color amarrillo verdoso; su superficie es granulosa y brillante y el aspecto homogéneo. En la gelatina se desarrolla con rapidéz y no licúa.

E—Sacaromises, de grandes dimenciones, y no guarda ningún modo especial de agrupación; se colorea bien por los colores de anilina

Caractéres de la colonia.—En el agar-agar germina bastante bien, formando en su superficie una colonia de color de rosa, de relieve bastante pronunciado en la superficie del agar-agar; es brillante, granuloso y sus bórdes algo irregulares.

Gelatina: Se desarrolla bien en este medio y la licúa lentamente, tomando ésta la forma de un embudo.

F—Es un cocus ovalado, de 1'2 mm. por 1' mm., coloreándose muy bien por los colores de anilina.

Caractéres de la colonia.—En el agar-agar germina bien; adquiere en su superficie una forma circular, de color grisásco, siendo dicha superficie lisa y brillante: sus bordes bastante irregulares.

Gelatina: La licúa lentamente, limitándose al principio sólo al trayecto recorrido por la aguja.

G—Stafilocócus, de 1 mm. de diámetro próximamente. Recibe muy bien los colores de la anilina.

Caractéres de la colonia.—En el agar-agar germina con rapidéz y muy bien; se presenta en la superficie de éste bajo una forma circular, abombada; á los pocos días de germinar adquiere un color franco de amarillo de canario, siendo mucho más pronunciado éste hácia su centro; su superficie es lisa y brillante: el aspecto general de la colonia es homogéneo.

Gelatina: A este médio de cultivo la licúa con lentitud, siguiendo al principio el trayecto que la aguja ha recorrido; al cabo de cierto tiempo se precipita en el fondo de ésta un depósito grumoso.

H—Es el micrococus habanénsis de Gibier.

I—Bacilo filamentoso, de 0'7 mm. de grosor; inmóvil y recibe bien la coloración por los colores de anilina.

Caractéres de la colonia.—Su desarrollo es bastante bueno en el

agar-agar; en la superficie de éste se presenta en una forma irregular, aplanada, de color rogizo, brillante y homogéneo.

·Gelatina: La licúa con lentitud, formando al principio una verdadera gota de ésta; depositada en su superficie, después de algunos días, se lícua la que corresponde al trayecto trazado por la aguja.

J—Por sus caractéres, tanto del micro-organismo, como de sus colonias en el agar-agar y gelatina, corresponde á la especié conocida por *Sarcina lutea.*

K—Corresponde al micrococus habanénsis de Gibier.

L—Stafilocócus de 1′ mm. de diámetro; se colora muy bien por los colores de anilina.

Caractéres de su colonia.—Agar-gar: en este médio de cultivo no germina bien; en su superficie se distingue con dificultad del resto de él; forma una mancha pequeña, irregular, arrugada en su superficie, y su color es muy parecido al del medio de cultivo.

Gelatina: En este medio se desarrolla mejor que en el anterior, y conserva, aunque más acentuados, los caractéres propios que presenta en el agar-agar; no la lícua.

M—Es igual al anterior ó sea al L.

Micrococus encontrados en el agua denominada de la *Presa.*

De los 35 balones sembrados bajo las mismas reglas en el anterior, sólo geminaron 8, que están constituidos por los gérmenes que á continuación y por orden alfabético describimos.

A—
B—
C—
D—
Estos cuatro corresponden al micrococus habanénsis de Gibier.

E—Bacilo de 2′3 mm. por 0′8; de extremidades redondeadas y algo abultadas; presenta ligerísimos movimientos y recibe una coloración muy buena por los colores de anilina.

Caractéres de la colonia.—Agar-agar: germina bien en este medio; en su superficie adquiere una forma circular, de color amarillo rogizo, su superficie es lisa y brillante y el aspecto general es homogéneo.

Gelatina: Su desarrollo en este medio de cultivo es lento y no la licúa.

F—Por sus caractéres corresponde al bacilo subtílis.

G—Micrococus, algo ovalado; de 1′1 mm. de diámetro próximamente.

Caractéres de su colonia.—Agar-agar: su desarrollo en este medio de cultivo es lento; en la superficie de él se presenta bajo una forma irregular, de color amarillo oscuro, siendo su superficie granulosa y brillante.

Gelatina: La licúa con mucha rapidez, trasmitiéndole al cabo de

algún tiempo un poco su coloración amarillo oscuro, que presenta en el agar-agar.

H—Es igual al anterior ó sea al G.

Después de haber estudiado estos microorganismos como se comportaban con los medios de cultivo y los caractéres particulares de ellas; como de sus colonias debíamos practicar inspecciones ó evoluciones en animales para ver si eran patógenos ó, por el contrario, inofensivos ya que, por el conocimiento que de ellos teníamos, parecían ser lo segundo.

Para llevar á cabo estas inoculaciones preparamos de antemano los balones necesarios con caldo de vaca peptonizado, subalcalino y esterilizado é hicimos siémbras en cada uno de ellos de los microorganismos anteriormente descritos; después que germinaron lo suficiente, que el caldo se enturbió, que fué próximamente á los siete días de llevado á cabo la siembra, practicamos en curieles las inoculaciones inyectándole á cada uno, de cada siembra en especial, 2 c. c. de líquido; hace próximamente un mes que se inocularon y esta es la fecha en que no han acusado trastorno de ningun género en su economía.

Del análisis que hemos practicado de estas aguas podemos sacar algunas conclusiones.

1º Que han predominado los llamados cromógenos y, sobro todo el micrococus habanénsis de Gibier.

2º Que no hemos en contrado ninguno de los conocidos como patógenos, tanto para el hombre, como para los animales.

Y 3º Que puede calcularse que en el agua denominada del «manantial» existen 621 microorganismos, por c.c., correspondiendo al número de 621.000 por lítro de dicha agua. En la de la Presa existen 930 por c.c., que corresponden á 930.000 por lítro de dicha agua.

¿Tendrá alguna explicación la diferencia entre el número de los gérmenes que contiene cada una de esas aguas?

Esta es fácil; pues basta fijarse en las condiciones en que se encuentra cada una de ellas respecto á los agentes exteriores: de la denominada del «manantial» se halla resguardada del aire; así como de la luz y rayos solares, al propio tiempo que es muy reducido el espacio por donde corre dicha agua en relación con la de la Presa.

Esta última, por el contrario, se halla al aire libre bajo una influencia directa, tanto de la luz como de los rayos solares y es ámplio el lugar en donde se retiene y corre el agua.

Si recordamos las experiencias de Pansini y Roux, de Lóndres, veremos la influencia atenuante, que ejerce tanto la luz de los rayos solares en la vida y multiplicación de esos séres infinitamente pequeños.

Antes de terminar, debemos dar las gracias al Congreso por la

atención que en esta noche nos ha dispensado; al propio tiempo debemos indicar que solo nos hemos limitado en este trabajo al estudio de los microbios aeróbios; pues hubiera sido demasiado extenso de hubieramos pretendido hacer un análisis bacteriológico completo si estas aguas y nos habríamos extralimitado del tiempo que el reglamento señala para la lectura de los trabajos que á él se presenten.

El Sr. Presidente: Se somete á discusión el trabajo que se acaba de leer.

Ocupa la Presidencia el Dr. Zayas, y no habiendo quien hiciera uso de la palabra para argumentar invita al Dr. G. López á que dé lectura á su estudio, titulado:

¿Existe en la locura ese "intérvalo de razón" que entiende y determina el Código Penal?

Por el Dr. Gustavo López (interno de la Casa general de Enagenados.)

Señor Presidente Sres.—Si mi voz, atrevida y temblorosa, se alza en este recinto sagrado, donde resuenan aun, deleitosamente en nuestros oidos, las sábias apreciaciones y los elocuentes conceptos de las ilustres personalidades que dan notable auge á este Congreso, es Señores, en cumplimiento de altisima misión, de ineludible deber, y no, en modo alguno, porque en mi concurran las condiciones de valer personal que ameritan actos de la resonancia del presente.

Un poco más de esa benevolencia, que ordinariamente cedéis—cual alentador estímulo,—al que es bisoño en la contienda, es lo que de vosotros necesito reclamar, al par también que breve atención y alentador apoyo en los propósitos que he de someter á tan docta deliberación.

No hay punto, señores, ni fenómeno alguno, que no tenga relación con la locura, que entrañe la colosal importancia de los períodos, que se titulan de *razón*, de la enagenación mental. Siquiera sea porque ellos jamás han sido estudiados con detención profunda y porque asímismo han merecido las más opuestas y variadas apreciaciones, de entre las cuales el espíritu sigue entregado á cruel incertidumbre, reclaman imperiosamente un lugar de preferencia en esta etapa de nuestro siglo, que trás labores afanosos, trás discusiones mesuradas, trás constantes y desapasionadas investigaciones, parece por nuestra suerte, abierta á la fecundidad científica, á la justificación de la verdad, al predominio de la fuerza intelectual y á la disipación de la ignorancia, ya que no siempre pueden disiparse todavía esas nebulosidades que caracterizan la duda.

Asunto de estúdio, que á la vez pertenece á la Medicina Mental y á la Jurisprudencia Médica; que por su vivo interés se disputan los Tribunales de justicia y las Sociedades de nuestros tiempos; que representa un conjunto indesligable de los deberes y de los derechos, que se atribuyen y conceden al individuo y á la sociedad en que se agita; en el que están interesados el espíritu moderno de investigación científica y las más altísimas miras de la verdad, al par que las concepciones metafísicas más templadas, y las justísimas aspiraciones y exigencias de la libertad individual; que tan presto se inclina hácia la respetabilidad que debemos á los derechos humanos, como á la tan justa y bondadosa conmiseración hácia el pobre privándole razón, y que interesa muy común y frecuentemente á la dignidad y prestigio de nuestra especie, y más aún á la de la especialidad que representamos: tal es, en síntesis brusca, la real inportancia del punto que me propongo razonar ante vuestra reconocidísima competencia.

La deficiencia tan grande que en la Literatura médica se cierne sobre los «intérvalos de razón» de la Enagenación mental, hace que este punto resulte siempre lleno de novedad é interés.

Esos períodos de razón se ven tratados con poca verdad práctica y con escasa previsión en nuestros corrientes autores: jamás, que sepamos, han sido estudiados, ni menos observados, con profunda detención, ni tampoco con marcada precisión; y ellos, por último, entraña, la más grande contradicción, puesto que, sinó son admitidos hoy por unos pocos, aparecen, en cambio, como tolerados y aceptados por las más.

Guislain, Tardieu, Legrand du Saulle y Bigot, son realmente las más salientes figuras, que, con el esplendor reconocido de sus nombres, iluminan la secta de los que se amparan bajo el sólio de la tradicional corriente afirmativa. Luys, Morell, Mata, Giné Ball, Regis, y otros, responden asimismo con la afirmativa.

Pero de entre todo ese grupo de personalidades ilustres, parecen realmente descollar por su mayor dedicación al asunto, los doctores Legrand du Saulle y Bigot. El primero, en su notable obra «La Locura ante los tribunales» y el segundo, en su tratado sobre los períodos razonantes de la Alienación mental», dedica el mayor número de páginas que conocemos, al estudio de los *períodos lúcidos* y de los *períodos razonantes*, como respectivamente los nombran.

Para esa colosal figura de la Jurisprudencia médica, que se llamó Legrad Du Saulle, y que la Ciencia llora todavía, existen dos clases de *intervalos lúcidos:* el uno es el retorno de la inteligencia, que se muestra repentinamente, que él titula frágil, y que entiende constituye una simple remisión. El otro es más evidente, y es, á su juicio, aquel en que el enfermo vuelve á su modo de sér anterior, á sus costum-

bres; en el que recobra la expresión su fisonomía; en el que recibe con placer á su familia, sonríe á sus amigos, píntase la bondad en su semblante, y á su corazón vuelve la sensibilidad, etc.. etc, Este es el que constituye para el sábio Du Saulle, el *intervalo lúcido de buena ley.*

La inmensa mayoría de los autores parece aceptar, como hechos comprobados, esta apreciación del que fué médico del Hospício de Bicétre.

Para el ex-médico principal del Asilo de Enajenados de Léhon, y Director del de Bonneval, Dr. V. Bigot, existen tres formas de períodos de raciocinio de la enagenación mental. El los titula de *Lucidéz, pséudo-lucidéz* y *para-lucidéz.*

Tanto esta apreciación como la anterior, no parecen justificadas. Y salvando todo el respeto que se merecen, trataré de evidenciaros entrañan un error.

En efecto, Legrand Du Saulle, quiere que existan dos clases de intervalos lúcidos: uno frágil, que se muestra repentinamente y que es una simple remisión; otro, más evidente, más franco, en el que el enfermo vuelve á su modo de ser y sensibilidad anterior. A éste lo titula de *buena ley.* Déja creado, pues, por forzoza deducción, un intervalo de razón, de *mala ley.*

Entiendo que realmente existen dos modos de manifestarse para esas intercurrencias de la enagenación mental; pero de ello, á confundir un efímero momento de lucidéz con las remisiones francas, que se observan sólo en la convalecencia de las enfermedades mentales, hay una enorme distancia, que no se puede salvar sin que peligre la verdad práctica y sin que venga por tierra la enseñanza de la clínica.

Este entendido profesor, luego de agrupar bajo el mismo nombre, estados los más distintos, y luego de dar distinta signficación pronóstica para lo que juzga una misma cosa, acaba por englobar sus mismas diferencias bajo apretado haz de timoratas consideraciones jurídico-filosóficas, apreciando bajo el mismo punto de vista y lanzando homólogos preceptos para lo que ántes se esforzára en diferenciar. Esto es el error llevado al extremo,—notablemente extraño en la preclara y sagáz inteligencia dél clínico francés,—y que realmente existe en casi todas las obras.

¿No parece lógico que cosas tan claramente diferentes exijan distintas condiciones apreciativas, demanden variados juicios, y, como resultados, nos traigan consideraciones desiguales?

A poco de leer, cualquiera que tenga siquiera mediana costumbre de ver locos, los bellos capítulos que sobre los *períodos razonantes* tiene escritos el Dr. Bigot, pregúntase si realmente ellos tienen positiva existencia. Esas formas, Señores, en las que, en la *primera*, el enagenado «tiene conciencia más ó ménos clara de la concepción mórbida

que le ataca y arrastra;» en la que, en la *segunda*, el enfermo »no se revela á la fantasía delirante, si no la acepta comprendiendo el interés de su ocultación;» y en la que, en la *tercera*, «no tiene el enajenado conciencia de su delirio, y no trata de disimularlo, á ménos que él no se aperciba que su produccción obstinada le suscita enfados, en cuyo caso sabe disimularlo»....... son, en verdad, inadmisibles en la práctica, y traen en pós de sí la duda de que, en el campo clínico, se hayan presentado casos tan perfectamente definidos, delineados y medidos. ¿Y qué cantidades son esas de *conciencia* de la enfermedad ó del delirio, que con pródiga mano distribuye Bigot caprichosamente á sus enfermos, cosa, en verdad, que sólo él ha hecho, y que está en abierta oposición con las nociones más elementales que poseémos sobre la significación y alcance del término *locura?*

Las tres formas de *lucidéz, pséudo lucidéz* y *para-lucidéz*, son inadmisibles patológicamente comprendidas, y asímismo, bajo el punto de vista de la clínica. Nadie las ha podido comprobar en la práctica. Es más, no hay una obra—que yo conozca al ménos,—que las mencione.

Esos períodos razonantes, no parecen ser realmente más que una pura, si bien bellísima concepción del espíritu. Bigot, perdido sin duda, por los campos dorados del psicólogo, olvidó su condición de alienista: de observador sagáz se convirtió en soñador risueño y elegante, y de sevéro clínico, tornóse en bellísimo escritor.

Esa, tan pregonada, tan admitida y tan exagerada lucidéz del enajenado, que tan mal estudiada y tan mal observada se vé en la presente época, tiene para nosotros una importancia puramente relativa; y se presenta siempre dentro del círculo de los trastornos mentales, y bajo dos cambiantes distintos, susceptibles de ser claramente apreciados.

La primera modalidad la constituyen esos retornos instantáneos hácia la calma y la razón, no negados por nadie, y que suelen observarse aún en medio de los delirios más violentos. Son efímeras ráfagas, escasamente apreciables casi siempre, y que, por su breve aparición, apénas dejan tras sí el recuerdo de su existencia.

La segunda modalidad la constituye, propiamente hablando, lo descrito generalmente, y que generalmente entienden con el epíteto de *lucidéz*, ó de *intervalo de razón de la locura*. Ellos son los que constituyen ese espacio de tiempo, de duración capáz á permitir se haga constar la mayor ausencia posible de las manifestaciones y de los caractéres del delirio.

Una emoción cualquiera, una pregunta ágria, una llamada brusca, un cámbio en las costumbres, la inespeaada visita de un pariente, ó de un amigo, una noticia violenta, la vista de hermosas mujeres, &, &.

son, por lo general, las cáusas que provocan tales estados. No obstante, ni siempre pueden apreciarse las condiciones determinativas, ni parece, á veces, qué puede entrar en su producción, una çomo natural fatiga por parte de los órganos encefálicos.



Pero tengo para mí, Señores, que la modalidad últimamente admitida, que es la más fácilmente apreciable, es la que parece merecer más unánimemente el calificativo de *intervalo de razón de la locura*; y así mismo, parece ser la cuna ó causa originaria de esa tan grande y tradicional confusión que observamos en el punto que me ocupa.

Los autores y clínicos parece se disputaban el honor de no conocer que la *lucidéz de la locura* y los *períodos de remisión* de la enajenación mental, eran y son dos cosas perfectamente distintas y claramente demarcables. Pruébalo más patentemente y con más autoridad que nadie, el hábil clínico Legrand du Saulle: la descripción que él hace y llevo citada, del intervalo lúcido de buena ley, puede tomarse por irreprochable modelo descriptivo de un período de remisión de la enajenación mental. Y trás él la confusión parece haberse hecho regla general. El hecho de que ningún autor se ocupe de esta importante diferenciación, abona mi aserto.

Aquí pues, está el error: se ha venido confundiendo eso que llaman período lúcido de la locura con los períodos de remisión que se observan en la declinación de los estados mentales. Y así se explica que un cómodo y fácil colorario haya hecho que en la frase *intérvalo lúcido*, se confundiesen y englobasen lamentablemente estados que entraña cada cual su fisonomía propia, y que los estúdios más acabados y las observaciones, quizás ménos ligéras, permiten distinguir en el campo de la clínica.

* * *

Esos intérvalos, que se dicen de razón, tales como los entiende y determina el Código Penal, y tales como los aprecian é interpretan nuestros jueces y majistrados, y tales como común y vulgarmente se definen y consideran, NO EXISTEN PUES.

Esa jactanciosa lucidéz del loco, no tiene de razón más que el nombre impropio que la tradición le ha conservado. Ese espácio de tiempo tiene su existencia dentro de la órbita de los trastornos del entendimiento humano: cáe bajo el dominio patológico, y, por tanto, dentro del poder apreciativo, único, del médico mentalista.

Esos intercurrentes espácios, en que aparecen amenguados los síntomas frenopáticos, no tienen lugar sino en el curso mismo del proceso

que afecta á la inteligencia: ellos no pueden adornarse de una *razón* que no poséen, y que no tiene cabida en medio de desórdenes funcionales; y ellos tampoco pueden facilitar cantidades de *conciencia*, ni prestar porciones de *dicernimiento*, que sólo son atributos de integral funcionalismo.

Si, dada la ley de mútua solidaridad de los órganos encefálicos, existe poderosísima razón para no admitir las *locuras parciales*, que representan un desquiciamiento de una parte del cerebro conjuntivamente con la integridad de ciertas partes ó ciertos órdenes de fenómenos, mayor, mucho mayor, poderosísima fuerza de razón y verdad, tiene que haber para desechar ese sentido extenso y absoluto que parece quiere siempre significarse y concederse á esos intérvalos lúcidos, á esas vulgares expresiones de cordura decantada de la enagenación mental. ¿Cómo en un *momento*, en *instantáneo lugar*, un cerebro sin rumbo, ni órden, ni concierto, completamente desquiciado, vá á *fabricar*, por decir así, cantidad suficiente de razón, tan sólo para determinados actos y para especiales oportunidades?

Preciso es forzar mucho la fantasía para la aceptación de estos términos, y sería preciso también despojarnos de toda lógica, de todo sentido común y de toda noción y verdad científica, para aceptar que órganos probadamente enfermos puedan funcionar como las exigencias fisiológicas demandan; qué órganos manifiestamente perturbados y alterados, puedan ser los engendradores de un órden de cosas, que precisamente tienen por condición, *sine qua non*, la perfectibidad de su encadenamiento y engranage funcional.

La locura, enfermedad esencialmente crónica por su invasión, por su marcha y por sus manifestaciones, no puede apartarse de la ley común de todas las afecciones de esta clase. La lógica así lo demanda, la razón así lo impone; la clínica así lo exige.

No porque exista amenguación de los síntomas disnéicos de un tuberculoso se dice que el estrumoso está curado; nó porque un reumático, ponga en días calurosos y secos, en juego repetido sus articulaciones, sin producirse dolor, se puede aseverar la desaparición de sus accidentes articulares; no porque al chancro indurado siga un intervalo de tiempo relativamente largo sin otras manifestaciones al dérmis, se puede colegir que no existe la sífilis; nó tampoco porque el mercurio, el ioduro y los sulfurosos, acallen por cierto tiempo sus manifestaciones, se puede colegir su desaparición; nó porque el infarto ganglionar cervical disminuya ó desaparezca en los escrofulosos, aseverarémos la curación de esa tuberculósis atenuada; nó porque á beneficio de la posición y del descanso se cierre una úlcera varicosa, vamos á adelantar que no existe la várices en las venas, que la engendraron; y, por otra parte, ¿á qué clínico se le ocurrirá afirmar que en

el tiempo médio entre dos cólicos nefríticos ó hepáticos, el enfermo no padece de litiásis? ¿Ni qué médico tendría el arrojo de manifestar que en el interregno de tiempo que separa dos accesos de fiébre palúdica, el enfermo está completamente fuera de la acción de los marasmos maláricos?

Nó; el loco no puede ser á la vez loco y cuerdo; privado de la razón y á la vez lleno de razón; sin conciencia y á la par consciente; con la presencia y con la ausencia, á la vez, de la deliberación para sus actos; que la locura, entidad morbosa cada vez mejor estudiada, no es pila eléctrica, que tan presto abone su concurso, como lo interrumpa; ni tampoco es la razón luz que se encienda y apague según la aproximación ó separación de carbones que llevan en pós de sí electricidades de distintas procedencias. Nó; la razón, así como la locura, no es más que una y tiene por dilema su ausencia ó su presencia. Y el loco no tiene tampoco más dilema que *serlo ó dejarlo de ser.*

Por tanto: la irresponsabilidad del loco, que se vé expuesta en el Código Penal, resulta simplemente un craso error, una ficción legal, que nada determina ni precisa, ni para nada debe servir, dado como hemos demostrado, que esa *razón del loco,*—singular compatibilidad entre la salud y la enfermedad, campo procomún de la fisiología y de la Patología,—no existe en manera alguna, y ningún clínico ha visto en la práctica locos, cuya razón sea susceptible de encenderse y apagarse, ni más, ni ménos, que una corriente eléctrica intermitente.

Las frases «El loco no delinque, á no ser que hubiese obrado en intervalo de razón», resultan sencillamente un desatino, que sólo es perdonable en los que legislan sobre enagenados, sin conocer, siquiera ligeramente, la Patología Mental.



Basado, pues, en las consideraciones que acabo de exponer,—con la única extensión que conciente el artículo 19 del Reglamento de este Congreso,—nos permitimos suplicar encarecidamente á todos los dignos y competentes miembros de esta Asamblea, acepten los siguientes ruegos:

Recomendar expresivamente á la clase médica, la más grande mesura y cautela para los casos en que oficien de peritos apreciadores de responsabilidad, por actos que se señalen cometidos en períodos que se dicen de *razón* de la enagenación mental; toda vez que *esa razón del loco* se encuentra negada por toda verdad y noción científica, por todo razonamiento psicológico y fisiológico, por toda concepción patológica y por todo el poderío de la enseñanza clínica.

Qué á virtud de las mismas conclusiones—y en la forma que se

estime procedente—se sirva hacer recaer sobre este punto tan importantísimo, la atención juiciosa de los señores Letrados, Jueces y Magistrados.

Y, por último, si he de ser fiel á mi profunda convicción, si he de guiarme sólo por el tamaño del bien que debe recibir la humanidad, y si hé de desoir la voz ordenadora del silencio, que nace de mi pobre autoridad, yo os débo rogar que agitéis la petición de una completa modificación en los artículos penales que se contraen á esa supuesta razón de los enagenados.

Y si es una verdad reconocida, señores, que el papel del Médico Mentalista, es el de legítimo defensor y valioso y natural escudo de esos desdichados niños grandes, que navegan por el mundo de las violencias, los arrebatos y los errores, convendréis conmigo, que el haberos molestado ha sido en gracia del cumplimiento de mi deber.

El Sr. Presidente: El Dr. Jover tiene la palabra.

Dr. Jover: Se manifiesta de completo acuerdo con las opiniones del disertante; apoya las conclusiones por este establecidas y refiere un caso que corrobora dichas opiniones.

Dr. Zayas, Presidente: ¿Sino existen intérvalos de lucidéz en los locos, cómo se sabe si están curados? ¿Qué duración se puede asignar al período de calma para distinguir el intérvalo de una curación definitiva?

Dr. Bellver: Considera de importancia las preguntas del Dr. Zayas y las apoya, suplicando se contesten.

Dr. Vesa: Niega las opiniones del Dr. G. López y afirma la existencia de intérvalos lúcidos, en los cuales admite la responsabilidad para los locos.

Dr. Reyneri: Opina que es indispensable distinguir la diferencia que hay entre la vuelta á la inteligencia y la vuelta á la razón, siguiendo el criterio de Grand du Saulle.

Dr. Emiliano Núñez: Es asunto de suma importancia el que se debate: los intérvalos lúcidos de la locura constituyen una cuestión discutible, que no debe considerarse bajo un punto de vista general. Los autores se dividen en dos bandos: los que los admiten y los que los niegan.

Declara que pertenece al grupo de los que los admiten; que su criterio no alcanza á definir perfectamente tan árduo problema de patología mental, al que, por su importancia y trascendencia social, había que consagrarle la mayor reserva y la más sábia prudencia, evitando siempre todo esclusivismo, y termina recomendando al Congreso que reflexione mucho ántes de tomar resolución alguna acerca de las con-

clusiones del Dr. López, que tiene en su contra autoridades muy respetables.

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Dr. López para la réplica.

Dr. López: Dice que para apreciar la lucidéz definitiva de un loco es indispensable observarlo mucho y muy atentamente, pues es un asunto complejo de imposible resolución de otro modo, así como es imposible esclarecerlo en una frase, y opina que es preciso, sobre todo, no confundir los actos, *al parecer*, razonables con los que *verdaderamente* lo son; los actos de la vida animal, *instintivos*, con los de la inteligencia *conscientes*.

El Sr. Presidente: El Dr. José F. Arango tiene la palabra para leer su trabajo:

Tuberculósis y lepra.

Por el Dr. D. Francisco Arango.

Señores: Al comienzo de mi práctica en el Hospital de San Lázaro, llamó particularmente mi atención un enfermo que falleció con los signos locales, físicos, de una tísis pulmonar y cuya sintomatología general no correspondía precisamente á la de esta enfermedad.

No encontraba yo la fiébre típica, los fenómenos asfíxicos, los sudores profusos, la espectoración abundante, y aunque presentaba una diarrea intensa, este síntoma es muy frecuente en el marasmo leproso. Sin embargo, la unanimidad de los autores especiales me imponían el diagnóstico de aquella enfermedad. Todos señalan esta terminación como frecuente en la lepra, miéntras los más autorizados, como Danielssen y Bœck, Hansen, y el mismo Virchow, que ha hecho numerosas autópsias, afirman que el pulmón se encuentra intacto de lepromas, y escribe el Dr. Ranger, después de una larga expedición por países en que reina esta enfermedad, las siguientes palabras que me interesa consignar aquí, porque fijan expresivamente este punto: «la tuberculósis visceral representa una forma de terminación tan frecuente en la lepra, que ciértos médicos del país ven en ello algo más que una lesión última y agregada y tienden positivamente á admitir la identidad anatómica de las dos enfermedades, considerando á la lepra como una tuberculósis especial, modificada por el clima.»

Un asiático que se encontraba en análogas condiciones que el anterior, y cuya observación voy á exponer brevemente, consignando sólo lo que importa á mi objeto, me presentó oportuna ocasión de aclarar mis dudas.

José Assén, natural de Cantón, de 48 años de edad, afectado de la lepra sistematizada nerviosa, en período avanzado, tenía el aspecto típico de un tísico. La percusión y auscultación del pulmón izquierdo

eran normales. En el derecho y en la región sub-clavicular, á tres traveses de dedos de la clavícula, y á la misma distancia del borde external correspondiente, existía una macicéz acentuada, como de la extensión de un peso fuerte. Se notaba en este punto un soplo bien caracterizado, con pectorilóquia y estertores de muy gruesas burbujas; sígnos reveladores de una cavidad. Zonas de macicéz, á la percusión ligera, con obscuridad respiratoria en distintos punto de esta región. La misma ausencia, que en la anterior observación, del cuadro clínico general de la tuberculización.

Pero el dato importante del caso lo suministraba el exámen microscópico de los esputos.

En distintas ocasiones, y con la técnica conocida, no pudimos encontrar un sólo bacilo de Koch; en compensación, los de Hanssen en número considerable, aislados ó agrupados, esporulizados unos, con apariencia granular alguno; rectilíneos muchos, á veces articulados, cubrían literalmente el campo de observación. Debo advertir que la presencia en los esputos de este enfermo, como en los del que referiré después, del bacilo de Hanssen, no prueba que no sea exacta la afirmación de los que han negado la existencia de lesiones leprosas en el pulmón, puesto que la laringe y la boca de estos enfermos eran asiento de ulceraciones numerosas, de donde pudieron aquellos haber tomado los micro-organismos.

Se vé que el exámen de la espectoración debía acentuar las dudas suscitadas por la marcha clínica de estos enfermos.

Como el anterior, sucumbió éste por agotamiento, y expongo el resultado de la autópsia, en la que fuí inteligentemente ayudado por el Dr. D. Cárlos Desvernine.

El pulmón izquierdo, unido en su base á la pléura por muy ligeras adherencias, absoluta ausencia de tubérculos en ninguno de las fases de su evolución, ni de alteraciones anatómicas de otro órden. El derecho estaba sólidamente adherido á su pléura en toda su periferia, por gruesas y resistentes bridas y membranas, que era imposible romper; y en el punto correspondiente á los signos físicos mencionados, existía una cavidad del tamaño de un huevo de paloma, conteniendo cierta cantidad de pus. No existían vestígios de tubérculos en la víscera.

Otro asiático, también afectado de la lepra, trofo-neurótica, presentaba el mismo aspecto general que el de la anterior observación; y, como signos locales, encontramos en el tercio medio del pulmón izquierdo, hácia la línea axilar, una macicéz intensa, con soplo y resonancia exagerada de la voz; estertores húmedos en el tércio superior del órgano. El derecho funcionaba fisiológicamente.

El Dr. Desvernine, que hacía un estúdio de las manifestaciones la-

ríngeas de la lepra, y que posee documentos preciosos, que seguramente utilizará, desde el punto de vista de su especialidad, me hizo notar en la laringe de este enfermo, lesiones gráves y múltiples. Destrucción de las cuerdas vocales en una gran extensión y completa de la epiglótis y una estrechez considerable, que dificultaba de una manera alarmante la respiración; pero nada encontramos que pudiera hacer admitir lesiones tuberculosas.—El exámen de los esputos hizo esta vez también comprobar la ausencia del bacillo de Koc y la presencia, en número extraordinario, del de Hanssen.—Este enfermo falleció en un acceso violento de sofocación, y hé aquí el resultado de la autópsia: —pulmón derecho intacto; el izquierdo presentaba, en el sitio correspondiente á la macicéz señalada, una masa dura, resistente, cuyo aspecto no era el de ninguna de las formas del tubérculo; focos, ligeramente congestivos, en la mitad superior del pulmón.—La laringe, cuya pieza anatómica, no sé si conserva todavía el Dr. Desvernine, permitió comprobar las lesiones diagnosticadas durante la vida y una estrechéz que se extendía profundamente, tan considerable, de la laringe, que difícilmente permitía el paso de una tienta delgada. La extensión de estas lesiones, que sospechamos durante la vida, hubiera hecho inútil una traqueotomía, que en otro caso análogo tuve la ocasión de operar en San Lázaro, acompañado, entre otros distinguidos colegas, por mi amigo el Dr. Montané, aquella exagerada estrechéz, venía á explicar, hasta cierto punto, un hecho que llamó la atención del Dr. Desvernine y la mia; la completa normalidad conque se efectuaba la deglución en un enfermo que carecía en absoluto de epiglótis· Hemos encontrado otros casos análogos á este en nuestra clínica de San Lázaro. Señores: hé aquí dos observaciones en que, siguiendo la opinión autorizada de distinguidos especialistas, he debido diagnosticar tísis pulmonar; pero dónde las dudas, provocadas por la clínica y acentuadas por el resultado del exámen bacteriológico, se justificaron fué en la autópsia, que permitió comprobar la ausencia de tubérculos pulmonares.

Las consideraciones que me sugieren estos hechos son las que tengo el honor de someter al Congreso. Y me importa señalar, que sino pude hacer el estúdio histológico de las lesiones pulmonares y que hubieran dado, sin duda alguna, á aquellos mayor trascendencia, no son indispensables á mi propósito, porque las alteraciones tuberculosas del pulmón son susceptibles al exámen macroscópico.

Tenemos de una parte, pues, que Danielssen y Breck, apeyándose en autpósias, tratan de demostrar las relaciones íntimas entre la tuberculósis y la lepra, y dicen, refiriéndose al córion, que éste se halla infiltrado por una sustancia gelatinosa *análoga* á los tubérculos pulmonares. Poin-carré añade que la estructura de las alteraciones leprosas *recuerda* á la de los tubérculos propiamente dichos.

Leloir, que ha escrito una de las más notables monografías médicas que conozco, afirma, de acuerdo con Vesteuil, que la aparición de una tísis pulmonar de marcha rápida—afirmación que es aceptar la tuberculósis pulmonar—hace desaparecer los lepromas cutáneos.

Yo mismo he encontrado en mis estúdios etiológicos una relación importante entre ambas enfermedades. En mi memoria, leida en la Academia el año de 1887, acerca del contagio de la lepra, he señalado que un 42,62 por 100 de leprosos, descienden de tuberculosos; estúdios posteriores me permiten elevar la cifra á un 48 por 100. Más tarde he visto que el Dr. Vesteuil había comprobado también la coincidencia de la tísis pulmonar y de la lepra en las familias. Estrs íntimas relaciones, fijadas por los autores entre ambas enfermedades, y la identidad en una época aceptada entre sus bacilos hizo nacer en algunos ánimos la idea de que la lepra no era más que una forma periférica de la tuberculósis.

Esta opinión queda anulada por el conocimiento más exacto, debido esencialmente á Babes y Cornil, de las diferencias bien caracterizadas, que entre aquellos micro-organismos existen.

No he de detenerme á señalar, pues son bien conocidas, aquellas diferencias, respecto del sitio y reacciones físico-químicas de cada uno. Y en verdad, aceptada la identidad de aquellos micro-organismos, era seductora la teoría, pues sabéis que existe una ley bacteriológica, que apoyaría científicamente aquella opinión, y es la siguiente: *el mismo micróbio, según las regiones, según el órgano y tejidos en que haga su evolrción puede determinar enfermedades de síntomas, de marcha y de gravedad diferentes.*

Pero tengo que oponer á estas relaciones, de semejanza aparente, una observación clínica y el estúdio anátomo-patológico, que me autorizan á sospechar que la tísis pulmonar no es frecuente, si acaso posible en la Habana, como determinación de la lepra; pudiendo explicarse esta terminación por el marasmo leproso. Es más, discutiendo los fundamentos en que se apoya la opinión que la señala frecuente en otros países, ya que la clínica hemos visto que puede inducir á error, encontramos que Danielssen y Beck, según Veunnman, sólo *han tratado* de demostrar las relaciones íntimas entre ámbas enfermedades:—que Poin-carré dice que las alteraciones *recuerdan* á la de los tubérculos propiamente dichos. Y yo me pregunto si no estoy autorizado, en posesión de mis hechos positivos, á permitirme la duda, cuando los autores emplean palabras vagas, al decir, que *tratan* de demostrar; sustancias *análogas* á los tubérculos, alteraciones que *recuerdan* aquellas lesiones.

Hemos de advertir, sin embargo, que el Dr. Wernich, director de una leprosería, en Yedo, (Japón) dice. refiriéndose á la frecuencia, se-

ñalada de la terminación de los leprosos, por una tísis pulmonar que el hecho es raro en el Japón. Llamo la atención del Congreso sobre la circunstancia de ser asiáticos mis enfermos.

Una consideración bacteriológica parece apoyar mi opinión: ¿no creéis probable que agotado el organismo por el insaciable micróbio leproso, haga imposible el desenvolvimiento del bacilo de Hanssen?— Es verdad que he observado que individuos leprosos, con antecedentes positivos de sífilis, pero en ellos la lepra había hecho su aparición años despues de haber adquirido la sífilis, no habiendo yo podido comprobar, según afirman autores distinguidos, que las dos enfermedades hicieran simultánea é independientemente su evolución. Solamente se manifestaban los síntomas leprosos, como indicando la prepotencia del bacilo de Hanssen.

No necesito yo, ciertamente, decir que no intento resolver con tan pocos datos el importante problema de las relaciones íntimas de la lepra con la tuberculósis; aquí vengo yo á plantearlo ante vosotros, ante los distinguidos bacteriólogos que dán este Congreso el tono de la medicina actual. Es en el estúdio bacteriológico comparado, clínico y experimental de estos micro-organismos, donde hay que buscar su solución positiva.

Y sí debo disculparme por haber ocupado la atención de un Congreso tan inteligentemente constituido, os diría que no he podido permanecer indiferente al estímulo del patriotismo, que se significa en estas fiestas de la inteligencia en que el país dá prueba tan elocuente de su cultura científica; pertenezco, por lo demás, al grupo modesto de trabajadores, que, no aspirando al prestigio que dá la gloria á sus escogidos, se satisface con exclamar, al contemplar el hermoso edificio que habeis levantado: he contribuido á la altura de mis fuerzas y de mi voluntad.

El Sr. Presidente somete á discusión el trabajo del Dr. Arango, y en vista de que nadie hacía uso de la palabra, la concede al Dr. Montané para leer el suyo.

La Pederastía en Cuba. (1)

Por el Dr. Luis Montané.

Durante el año que acaba de pasar, la policía de la Habana ha puesto la mano sobre un grupo imponente de cuarenta y cinco pederastas empedernidos.

---

(1) Leído en francés y traducido por su autor, que presentó al Congreso vários retratos en fotografías de algunos de los pederastas á que se refería.

Nunca se nos hubiera podido presentar mejor ocasión para examinar de cerca una clase de indivíduos, cuyo estúdio constituye uno de los capítulos más importantes de la Medicina legal.

Sin embargo, comenzar este trabajo después de los de Zacchias, Tylor, Casper, Tardieu, Hoffmann y Brouardel—para citar únicamente los principales nombres—hubiera sido una empresa tau pretensiosa como iuútil: ¿qué podríamos, en efecto, añadir á sus descripciones? Mas, al pensar que los autores que acabamos de citar, no están siempre de acuerdo sobre la importancia de tal ó cuál signo; que los unos niegan completamente el valor que se les ha dado, miéntras que otros, por el contrario, los dan como característicos, llegó á ser interesante el darnos cuenta del estado de la cuestión. Además, alrededor de esta idea fundamental, venían á agruparse problemas interesantes bajo el punto de vista de las condiciones de raza y de clima. De ahí que el estúdio de la pederastía en Cuba no fuera simplemente la reproducción de sígnos clásicos: ella ofrecía un punto original á primera vista, digno de tentar á un concienzudo observador.

Grácias á la benevolente autorización de un Juez, tan cortés cuanto esclarecido, nos ha sido posible, durante varios días, penetrar en la cárcel, donde, con el concurso de un discípulo distinguido de nuestra Facultad, Sr. Manuel F. Alfonso, he podido recojer, en el exámen de 21 pederastas, los materiales que me han permitido llevar á buen fin este estudio.

Deseo hacer público mi agradecimiento á dichos señores.

I.

Desde el famoso grito de indignación de Fodoré: *que ne puis je eviter de salir ma plume de l'imfame turpitude des pederastes!* es costumbre que todos los que se ocupan del mismo asunto, confiesen el rubor que les sube á la frente, y traduzcan las indecisiones que han tenido ante la idea de ocuparse de esta perversión sexual, tan asombrasa bajo el punto de vista psicológico: pudor exagerado, según mi criterio, cuando es el médico el que escribe ó habla, porque considero que, al describir males avergonzantes, no tenemos, como hombres del arte, que inquietarnos de lo que puedan tener de repugnantes. La ciencia no tiene, no puede, no debe tener pudor.

Y, sin embargo, si tuviera que hacer una profesión de fé, ó, mejor, si me fuera necesario reasumir mi impresión sobre este tema, no podría hacerlo mejor que, declarando, á ejemplo de Goubaux, (1) que mi creencia sobre el particular se encuentra expuesta en los versos si-

(1) Dr. *Armand Goubaux*: des aberrations du sens genesique et de l'hybridité dans les animaux. Nouvelles archives d'Obstetrique et de Gynecologie núm. 1, 1889.

guientes de Boileau (1), en los cuales, como vereis, he sustituido unas palabras por otras:

«De tous les animaux qui s'elevent dans l'air,
«qui marchent sur la terre, ou nagent dans la mer,
«De Paris au Japon, de Cuba jusqu' a Rome,
«Le plus sale animal, á mon avis, c'est l'homme.»

La palabra hombre representa, desde luego, no como el poeta francés, la idea de espécie humana, sino aplicándose más particularmente al grupo de indivíduos adeptos al vicio asqueroso de que nos vamos á ocupar.

Dejo á un lado, expresamente, el orígen de la pederastía, que remonta á......... ántes del diluvio; pero no puedo prescindir del deseo de trazar ante vosotros un bosquejo del asunto, tal como se encuentra en nuestros días. El moralista podrá convencerse de que la pederastía aún existe en todos los pueblos, y que en este capítulo nada tenemos que envidiarle á los tiempos antiguos.

En Francia, dice Carlier, (2) quien va á servirme de guía en esta revista á vuela pluma, en diez años la jefatura de policía se ha ocupado de 6,342 pederastas. Partiendo de este hecho, los moralistas se complacen en calificar esta inmoralidad de escandalosa para el resto del mundo, y definir la depravación contagiosa é incurable de la capital que se complacen en titular la Nueva Babilonia.

Pues bien; veamos, bajo este especial punto de vista, las costumbres de las otras naciones.

En Turquía, en todos los pueblos musulmanes, la pederastía se practica en pleno día, y constituye la verdadera y cási la única prostitucíón.

«En Rúsia es, entre ciértos *quídams*, el pasatiempo favorito de numerosas reuniones de invierno. En ese país, la opinión pública no le presta gran importancia, y ni siquiera se toman el cuidado de ocultarla.

«En Aústria, la opinión apénas se preocupa; no necesitamos más pruebas que los anuncios que aparecen en algunos de sus periódicos. Copio un *spécimen*, traducido al francés, y recogido de un número del *Tagblatt:*

«Busco, sí, busco un amigo que, como yo, sea partidario de la soledad y huya de la sociedad, y, sobre todo, de la sociedad de las mujeres. ¡Feliz el que se basta á sí mismo! pero es más feliz el que posee un amigo, partidario de sus gustos. Que el que pueda comprenderme

---

(1) Satire, VIII.

(2) F. Carlier. Les deux prostitutions. París 1887.

me escriba bajo esta dirección: «Señor Amigo de la Naturaleza, Contaduría del periódico (7,253).»

Lleguemos á Italia:

«Tal es el gusto que se tiene por la pederastía en Italia, que hace terrible competencia á la prostitución femenina; tan cierto es, que en las grandes ciudades, el mismo progenesta, que persigue en las calles á los extranjeros, les ofrece en alta voz y sin ruborizarse, un «abatino,» una «bella regazza,» ó un «picolo bambino.»

La Inglaterra:

«Es cierto que la pudorosa Inglaterra no ha querido darle un nombre especial al vicio de la pederastía, pero es evidente que ciértos ingleses son partidarios del *nameless crime*, que reviste en ciertos bárrios formas especiales, como lo demuestran los escándalos señalados en Lóndres, hace apénas un mes, por la prensa de todos las países.

Alemania:

La pederastía ha adquirido tal desarrollo en Alemania, que se ha visto precisado el legislador, para contener su expansión, á constituirla en delito, que castiga el artículo 175 del Código Criminal. Tan bien aclimatada se encuentra en dicho país, que un Doctor, Mr. Marx, ha llevado el cinismo hasta publicar en Leipzig, en 1875, un folleto en el cual protesta contra esta reprimenda legal, aplicada á los amores que, contra lo natural, se dedican ciértas categorías de indivíduos, y en los cuales aplaude la pureza, casi íbamos á decir la castidad.

Difícilmente se encuentra un epíteto con que caracterizar la depravación moral que se desprende de dicho folleto, que lleva por título *Urnings-Liebe.*

«Mr. Marx afirma que todos los *anti-físicos* no son pederastas; entre ellos distingue aquellos que, aunque provistos de órganos masculinos, se aproximan á las formas de la mujer, por sus apariencias exteriores, haciendo un papel puramente pasivo, llevando una vida regular y tranquila con sus amantes, á quienes guardan absoluta fidelidad; no cediendo jamás á deseos de libertinaje ó de corrupción. Estos indivíduos no son, según él, ni sodomistas, ni pederastas: son seres de naturaleza particular, que constituyen el género *hombre-mujer* y á los que ha bautizado de *Urnings.*

Veamos ahora por qué sígno, según él, se reconocen los *Urnings.* Desde la infancia buscan la sociedad y los juegos de niñas; adultos, se distinguen por su timbre de voz femenina y una gran timidéz de carácter. Cualquier causa los abochorna, los asusta y les hace subir la sangre al rostro; les repugnan todos los ejercícios violentos; por el contrario, tienen gusto pronunciado por los trabajos de aguja, marcada preferencia por las costumbres de señoritas, las sortijas, las cadenas, las flores y los perfumes. Además, manifiestan persistente repugnan-

cia hácia las mujeres, no queriendo jamás tener con ellas contacto sexual. *Es al hombre á quien tienen necesidad de amar; es hácia sus brazos, que los lleva el irresistible poder de un primer amor;* es con él con quien reparten su fortuna, sin arrepentimiento y sin deseos de cambiar.

«Los *Urnings* son, pues, seres que obedecen á las leyes y á las exigencias naturales que Dios les ha destinado, y que tienen derecho *á vivir, á disfrutar de la vida, á ser dichosos, según sus instintos, y á quienes no se puede hacer responsables, puesto que estos instintos han nacido con ellos.*

La repugnancia que manifiesta la opinión pública por el amor «urniens», es evidente; ¡pero no importa! para Mr. Marx, esta repugnancia está ligada á una aprensión.

«*Se experimenta tanta repugnancia por un urning, debido á la costumbre de considerarlo macho; que se le considere como hembra, y entónces toda aprensión desaparecerá. Y además, ¿por qué hacerlo responsable de un error del Creador, que ha deshonrado su cuerpo, dándole un órgano completamente inútil?*

Conforme con sus principios, Mr. Marx dedica su folleto, Urnings-Liebe, al pueblo alemán, á los hombres de ciencia y á los miémbros del Parlamento, para obtener, no solamente la supresión del artículo 175 del Código criminal,—en lo que se refiere á los «Urnings«,—sino el reconocimiento legal de un tercer género: el género «urnings», y como consecuencia, la constitución del matrimonio legal del urnings, con el hombre macho de su eleccíón.

Mr. Marx afirma que este género de matrimonio existe en Albánia y en la isla de Balkan, donde se celebra por religiosos delante de un altar.

Es una completa revolución social la que propone Mr. Marx.

¿Es esa obra, la de un loco? ¿No es esta, ciertamente, la opinión de Mr. Marx, que se considera un sabio, un filósofo humanitario? Pero poco importa, después de todo, que sea sábio ó loco; lo que es necesario conservar de su folleto, es que ha sido libremente vendido en Alemánia, y que demuestra, que en dicho país existe el vergonzoso vicio que nos ocupa.

II.

Señores, después de todo lo que acabo de deciros, considero que poco os asombraréis al escucharme declarar que la pederastía existe en América.

En verdad que no conozco folleto alguno que se ocupe de la pederastía entre nuestros vecinos del Norte y del Sur; pero si es preciso juzgar por lo que pasa entre nosotros, debe existir en América, como existe en Europa, en Asia, en Africa, como existe en Cuba: algo más, sería floreciente en nuestro país, si creemos las confidencias de cierta

clase de indivíduos, á los que tendré el honor de hacer desfilar ante vosotros.

Escuchad la historia del jefe de la partida, el más interesante de estúdio, bajo el punto de vista que nos ocupa.

J. S. P., de orígen español, es un jóven de 24 años; en el mundo especial donde se le busca y acaricia, se le designa con el sobrenombre de «Princesa de Astúrias.»

Su aspecto general está lejos de ser repugnante, grácias á cierto cuidado en el vestir y á su relativa limpieza, bastante desconocida entre sus camaradas. La cara, francamente empolvada, es imberbe, salvo los extremos del labio superior, provistos de ligera sombra. Los ojos negros, tienen expresión de languidéz completamente femenina. Sus cabellos perfumados, cuidadosamente atendidos.

La mano fina, lleva en el meñique una gran sortija de muy mal gusto.

Con mimos de ninfa enternecida y con timidéz de gacela, nos hace la historia de su vida.

Es él quien habla:

«Tengo vivos á mi padre, mi madre, mis hermanos, mis hermanas............... ¡A Dios gracias, ninguno se me parece!

«Y es que he nacido con el vicio que me domina! Jamás he tenido deseos sino por las personas de mi sexo, y desde pequeño me agradaba vestirme de niña y dedicarme á los quehaceres de la casa. (¿No encontráis ya en él, señores, el tipo Urnings de Mr. Marx?)

«A los 13 años hice mi travesía á América, y fué á bordo donde por primera vez conocí los contactos del hombre.

«Mi aprendizaje en esta materia se continuó en los distintos establecimientos donde me colocaba mi tío. En ellos, no tardaba en experimentar las caricias íntimas, ya del principal, ó más amenudo de los dependientes; porque en casi todos los establecimientos, donde viven muchos empleados, *hay matrimonios.*»

«Al volver mi pariente á España, quedé completamente libre. Abandoné las tiendas para entrar en diferentes fábricas de tabaco. Pero en ellas era tratado sin piedad desde que dejaba adivinar mi vicio.

«He vivido en Cienfuegos, Cárdenas y otras ciudades principales del interior. Algunas veces me hacía violencia, pero en el mismo instante en que no pensaba en nada, encontré siempre algún camarada que me ponía en excitación y me hacía volver á la mala vida.

«De vuelta á la Habana, tuve que sufrir un encierro de 14 meses en el Asilo de San José: aún ahí mi mala estrella me hacía entrar en un verdadero centro de pederastía.

«Al fin salí, y, ante el desprecio que me hacían en todas partes, porque era muy comprometedor, me decidí á *poner cuarto.*

«Desde entonces, he podido recibir con completa seguridad á mis amigos y protectores, que son en su mayor parte militares ó gentes del comercio, haciendo todos, ó casi todos, en mi casa el papel pasivo, aunque también yo me presto á la misma fantasía, según el deseo de los aficionados.

«¿Por qué me han arrancado violentamente de aquella existencia tranquila para encerrarme en esta prisión?

«Yo estaba tranquilamente en mi cuarto con algunos compañeros, cuando llegó la policía y nos prendió brutalmente.

«¿Por qué únicamente nos han cojido á nosotros?—¡Hay tantos indivíduos que hacen lo que nosotros y que se pasean libremente por las calles!, y, permítame usted una pregunta: ¿qué han ganado al encerrarnos? Fuera, nuestro vicio es facultativo; aquí es obligatorio y raro es el día en que no tenemos que pasar por las horcas caudinas de algún presidario»!

Todo esto, señores, es la traducción exacta de lo narrado por la «Princesa». Para terminar el retrato de J. S. P. agregaré, que presenta un péne muy alargado, ligeramente enroscado, y cuyo glande es delgado y pnntiagudo en su extremidad.

Las nalgas, normalmente desarrolladas, dejan ver, cuando se las separan, un esfínter relajado casi por completo, y el orificio extremadamente dilatado é irritado.

Este «indivíduo» acusa haber contraído, mediante el coito con un hombre, algunos chancros, que han traído la supuración de algunos gánglios.

Esta observación, y algunas otras, que me sería fácil reproducir, prueban, con la mayor evidencia, que la pederastía existe en la Habana, en las principales ciudades del interior, en el campo, en todas partes.

Además, presento el cuadro que dá la distribución por naturaleza y localidad.

Europeos 4.	Españoles 3.
	Italianos 1.
Insulares 17.	Originarios de la Habana 10.
	Del interior de la isla 7.
	San Antonio de los Baños.
	Los Palos.
	Colon.
	Santa Clara.
	Sancti Spíritus.
	Puerto Príncipe.
	Manzanillo.

En Cuba, como en otras partes, encontramos dos categorías de pederastas:

los aficionados
los prostituídos.

Los aficionados; es decir, aquellos que buscan únicamente la satisfacción personal de sus deseos y pagan el servicio al que se lo proporciona.

Los prostituídos; es decir, todos aquellos que trafican con su cuerpo y viven de la pederastía.

A la primera categoría pertenece el indivíduo, cuya observación en resúmen voy á leeros, y que puede servir de *típo* en la espécie.

N., de 55 años de edad, hombre distinguido por la educación y la fortuna. Después de poco tiempo de permanencia en la Habana, comienza á frecuentar las mujeres públicas, que lo desprecian por impotente. Entónces se dedica á la pederastía (papel pasivo), guardando tàn pocas conveniencias, que pronto es conocido como tal por los habituales concurrentes á sitios públicos. Todas las noches, de once á doce, se le vé en el parque, rodeado de jóvenes pederastas.

En más de un café trata de corromper algunos chiquillos, que de noche se dedican á la venta de billetes de lotería.

Cierta ocasión, en uno de los corredores de nuestro principal teatro y durante la representación, es sorprendido arrodillado y besando las partes genitales, descubiertas, de un jóven, perteneciente, con seguridad, á la clase de los prostituídos.

Además, N es un pederasta aficionado (amateur) de larga fecha. Ha hecho sus *primeras armas* en Oriente, en donde ha ocupado vários puestos importantes: algunos años se hizo separar de su *servicio*, donde se exhibía públicamente, en traje de oficial de húsares, y rodeado de jóvenes bambinos que le hacian escolta en las calles.

Dos ó tres meses ántes de su partida de la Habana, se le ha reunido un turco, de edad madura, antigua concubina de otros tiempos, el que *retirado* por falta de empleo, venía como una antigua querida á reunirse con su primer adorador, del que no se ha separado después.

En cuanto á la categoría de los prostituídos, de que está compuesto el grupo de nuestros pederastas, no he encontrado la organización clandestina del *chantage*. Aquí, *¿los jesús?* son desconocidos, desconocidos también los no sometidos, los entretenedores y los buscones. La división del trabajo no existe para estos séres degradados, que explotan del mismo modo el mismo vicio vergonzoso.

Su aspecto exterior está calcado en el de los pederastas de otros países; quien ha visto uno solo, conoce la fisonomía extraña, repugnante y sospechosa que traiciona á los pederastas del extranjero.»

Tardieu declara, que, sin resultado positivo, ha buscado en las diferen-

tes partes del cuerpo de los pederastas, *tatuages* análogos á los que se encuentran tan comunmente en las mujeres públicas.

Estos signos hemos podido encontrarlos en seis de nuestros detenidos.

Dos de ellos merecen ser descritos:

—J. S. J., por apodo *Cece*, presenta en la región precordial el dibujo de una rosa y un pájaro; y en el brazo derecho el de un corazón atravesado por una flecha y una espada, y encima dos iniciales.

B. G., conocido por *la camagüeyana*, presenta en la región precordial, el dibujo de un corazón con dos iniciales.

Además, aquí como en el extranjero, es el mismo gusto desordenado por los perfumes, los polvos de arróz, los objetos brillantes (sortijas) ó de colores vivos (pañuelos, medias).

El mismo contraste, entre el cuidado que prestan á la cara y al cabello y la poca limpieza, á menudo repugnante, de la ropa interior.

La misma monomanía por los retratos, en los que se hacen representar como personajes de teatro, ó más amenudo con vestido de mujer, como podréis convenceros á la vista de dos ejemplares que hago pasar á vuestras manos.

La repartición, según las edades, ha proporcionado la siguiente cifra:

De 20 á 25 años.........	11
De 25 á 35 id..........	6
De 35 á 50 id..........	4
	21

Detalle curioso, y observado en todas partes: casi todos los pederastas que hemos examinado con las mujeres y trabajan junto á ellas en la más conmovedora armonía.

Así es que, entre nuestros 21 pederastas, he contado:

15 sirvientes de *casas públicas*.
3 sastres.
2 planchadores.
1 tabaquero.

Y es que la prostitución masculina tiene la misma organización que la prostitución femenina.

Para mayor análisis, hé aquí cuáles son los nombres por los que se conocen y distinguen algunos de nuestros pederastas:

La princesa de Astúrias; la Pasionaria; la Verónica; la Isleñita; Reglana; la Camagüeyana; Manuelita; Albertina, etc. etc.

En cuanto á los indivíduos que protejen esta triste compañía, per-

tenecen, según unánimes declaraciones, á la clase acomodada ó rica; declarando, además, los pederastas de color, que son *visitados únicamente* por indivíduos blancos. ¡Curioso cruzamiento, bajo este punto de vista, de los diferentes grupos que pueblan este país!

En efecto, nuestros 21 están divididos de la siguiente manera:

Blancos 8; Mestizos 9; Negros 4.

Los chinos no figuran en nuestro cuadro; pero sabemos que esta raza, industrial y económica, tiene particular tendencia hácia la pederastía. ¿Quién no conoce los detalles de su vida íntima en nuestros ingenios?

Uno de nuestros pederastas de color (*Marcelina*) declara: «que siendo esclavo y careciendo de alimento, iba en busca de los chinos, quiénes, en cámbio de un poco de comida, le exigían ciertas satisfacciones imposibles de referir.»

E. J., igualmente pederasta de color, y hago aquí textualmente su declaración, «empezó de chico, *dándole* á los chinos, en el ingenio, donde era esclavo, sólo por el interés de la ración.»

Digamos, para concluir con los caractéres generales de nuestros pederastas, que, de ellos. únicamente el primero sabe leer y escribir; los demás han vivido siempre entre la miseria y la ignorancia.

III

Como ya habíamos dicho al principio de nuestro trabajo, lo que constituye la importancia de este estudio, es que todos los pederastas de que nos hemos ocupado, confiesan que vienen dedicándose, desde más ó menos remota época, al vergonzoso vicio; y, según sus declaraciones, podemos clasificarlos:

Exclusivamente pasivos	3
— activos	1
Activos y pasivos	17
	21

Veamos ahora los signos que corresponden á cada una de nuestras categorías:

I.—En primer lugar, pasemos revista á los signos característicos de la *pederastía pasiva*.

El hábito especial de nuestros pederastas está lejos de corresponder siempre á una conformación exterior femenina.

Así es que, si nos ocupamos del estado de las nalgas, vemos que únicamente en seis casos se encuentran excesivamente desarrolladas estas partes.

Una vez, en *la camagüeyana*, he encontrado la disposición tan sin-

gular, descrita por Tardieu, de las nalgas, completamente reunidas de modo á formar una masa globular.

Si pasamos á la *deformación infundibuliforme* del ano, la encontramos: muy marcada en 6 casos; lijeramente marcada en 2 casos; es decir, 8 veces de 19, pues tres de nuestros pederastas, en un arranque de pudor, no se prestaron al exámen directo del ano.

Esta deformación atañe, pues, como frecuente, á casi la mitad de los indivíduos examinados.

El relajamiento del esfincter y la caída de los pliegues figuran en 7 casos.

Una vez, en el caso de M. Ll. *(Manuelila)* hemos podido observar, con el Dr. Reyneri, el prolápsus de la mucosa, formando dos pequeños labios regulares, reunidos en su parte inferior y recordando clásicamente la vulva de una perra.

Pero el signo más constante de todos, es la dilatación del ano: 15 casos de 19. En la mitad de ellos, la separactón de los glúteos determinaba un *lagrimeo* del orificio entreabierto, *La camagüeyana* presentaba el ano cubierto con un paño de tela ordinaria, probablemente para socorrer la incontinencia de materia fecal (1).

En la tentativa que hicimos de suspender una punta del paño, el indivíduo dejó escapar un grito penetrante, desplomándose, y pudimos asistir á un ataque clónico de hístero epilepsía. ¡Nada más frecuente que los ataques de nervios en el mundo de los pederastas!

Dejo á un lado la existencia de los paquetes hemorroidales, tan frecuentes en los indivíduos que nos ocupan, pero de interés secundario.

Así es, señores, que los signos clásicos de la pederastía pasiva, infundibulum, relajamiento del esfínter y caida de los pliegues, dilatación del ano, se encuentran de modo evidente en nuestros pederastas.

Como signos evidentes de ciertas costumbres obscenas, hemos podido observar, en 7 de ellos, la ausencia de 3 ó 4 incisivos. Estos dientes han sido completamente arrancados, ó bien las raices, que quedan á veces, limadas perfectamente. Estos indivíduos, sin duda alguna, pertenecen á la categoría de los que Tardieu tuvo que resolverse á hablar en latin: «*Cognomine pompeurs de dar «sive», de nœud (id est turpísima penis significatio) designatur qui labia et oscula fellatricibus blanditii præbent.*»

Además, Brouardel refiere la observación de un joven detenido por actos de provocación en la vía pública, que declaraba en lenguaje imposible de reproducir.

---

(1) En su «afan por lo femenino» algunos emplean este sistema, con el objeto de simular un periodo «menstrual.—Nota del traductor.

¡Ah!, ahora no nos dejamos más dar *per anum*, ¡es muy doloroso! practicamos la *succio virgæ* (1).

II.—Pasemos ahora al estúdio de los pederastas activos.

Como bien sabéis, los signos de la pederastía activa consisten para Tardieu, en una forma especial del glande, la que considera característica: «en el caso en que el péne sea pequeño y muy delgado, va disminuyendo considerablemente desde la base hasta la extremidad, que es muy afilada, formando dedo de monja, y recuerda completamente el *canum more*.

En nuestros pederastas no he encontrado, más que una sola vez, análoga conformación, estando el péne poco desarrollado y presentando el glande la forma y dimensiones de una perilla de tabaco.

En otros tres casos el glande es largo, y el péne está ligeramente enroscado.

Bajo el punto de vista de la dimensión, nuestras observaciones se han hecho en

10 casos, en los que el péne está muy desarrollado (en uno el péne, en estado de reposo, tenía 16 centímetros de largo por 12 de circunferencia)

2, en los que el péne está poco desarrollado

1, atrofiado

5, cuya conformación es normal.

En el caso de L. S. (Sotero) hemos encontrado la conformación análoga á la que describe Tardieu en su XVI observación:

Uno como surco circular, se entiende en toda su circunferencia y, á partir de esta línea, la extremidad del glande va adelgazando.

El estúdio de los signos que presentan nuestros pederastas activos nos lleva á declarar, que estamos de acuerdo, sobre este punto, con Brouardel y Hoffmann.

El primero de estos autores,—cuyas numerosas observaciones destruyen el valor de los signos acordados por Tardieu, á los pededastas activos, dice—«que la forma, el volúmen de glande y del péne, varian infinitamente más, que los rasgos de la cara,— y que no hay comparable á la diversidad del aparato general masculino, más que órganos genitales externos de la mujer.

Por su parte Hoffmann, que niega que la pederastía activa posea algún signo característico, reproduce en su apoyo la siguiente observación, elocuente por lo consiso: «Hemos tenido la oportunidad de

---

(1) Hoffman.—Elements. de medicine legale.—Introductión et commentaires pour P. Bronardel.

observar á un viejo monje, que, según confesión propia, se ha entregado á la pederastía activa, desde hacía largos años y no hemos podido encontrar la deformación del péne».

Conclusiones:

Del estúdio á que nos hemos dedicado sobre la pederastía en este país, se desprenden las dos proposiciones siguientes:

1º Los signos de los «hábitos pasivos» de la pederastía, y en primer término, la dilatación del ano y el relajamiento del esfínter, presentan gran valor bajo el punto de vista de la Medicina Legal.

2º De acuerdo con la mayor parte de los autores que se han ocupado del mismo asunto, declaramos que la «pederastía activa» no tiene signo alguno característico.

El Sr. Presidente: Se pone á discusión el trabajo del Dr. Montané y tiene el uso de la palabra el Dr. Reyneri.

Dr. Reyneri: Elogia el trabajo del Dr. Montané por su originalidad entre nosotros, por su importancia en esta sociedad y por las consideraciones propias y muy importantes en que abunda, y terminó añadiendo algunas que le sugirió uno de los casos referidos.

Dr. Bellver: Se manifiesta sorprendido del incremento que en esta Isla, y particularmente en la Habana, ha tomado la pederastía y recomienda al Dr. Montané que continúe en sus investigaciones y particularmente en el estúdio de las causales de tan asquerosa perversión moral.

No habiendo ningún otro que hiciera uso de la palabra, el Sr. Presidente se la concedió al Dr. López, Secretario, para leer el artículo 22 del Reglamento de los Congresos, que dice:

«El Congreso, al terminar sus tareas, elegirá una comisión, compuesta de cinco miémbros, que entenderá en la constitución del próximo Congreso.»

El Sr. Presidente: Se han leído todos los trabajos por el órden de su presentación y se han celebrado las sesiones reglamentarias; muy sensible nos es á todos que éstas no hayan permitido el tiempo suficiente para que se leyeran también otros muchos y muy interesantes trabajos que existen en Secretaría y que, por las fechas de su recibo, no han tenido ocasión oportuna para ello; pero hay que sugetarse al Reglamento y, en su consecuencia y debiendo procederse á la elección de la Comisión Organizadora del próximo Congreso, se suspende la sesión por quince minutos, á fin de que puedan formarse las candidaturas para la inmediata votación, que será secreta, por papeletas dobladas y depositadas en la urna.

Transcurrido el tiempo indicado declaró el Sr. Presidente reanudada la sesión y acto contínuo se procedió á la votación; resultando del escrutínio la elección siguiente:

Presidente: Dr. Juan Santos Fernández.
Secretario: Dr. Bráulio Sáenz Yánez.
Vocales: Dr. Gabriel Casuso.
» Joaquín L. Jacóbsen.
» Cárlos M. Desvernine.

El Sr. Presidente: Si alguno de los señores presentes desea hacer alguna moción ó manifestación al Congreso puede indicarlo.

Los Dres. Vila, Semprún, Plá, Aróstegui, Santos Fernández, García Rijo, Delfín, Reyneri y Weiss, piden le palabra.

El Sr. Presidente: Se concede la palabra por el órden respectivo á los señores que la han pedido.

Dr. Vila: Haciendo propia la representación de los médicos del interior, dirige afectuosas y encomiásticas frases á la Sociedad de Estúdios Clínicos; á la Comisión Organizadora del Congreso, y á la Prensa médica, que, por su iniciativa y esfuerzos, habían logrado, en tan brillante forma, reunirlos en aquel lugar, verificando así el acta más importante y trascendental hasta hoy en nuestra história médica, y terminó suplicando á los señores presentes que acordáran un voto de grácias y un aplauso unánimes á la Sociedad, Comisión y Periódicos aludidos.

Fué acordado por unanimidad.

Dr. Semprún: Propone iguales manifestaciones para la Mesa que tan acertada y dignamente dirigió las tareas del Congreso.

Aprobadas.

Dr. Plá: Pide al Congreso que delegue en la Mesa para que trasmita á quien corresponda los acuerdos que se tomen.

Aprobado.

Dr. Aróstegui: Recomienda al Congreso la iniciativa del Dr. Enrique López para la celebración del Congreso y pide que se le conceda el título de Presidente honorario de todos los Congresos médicos que se realicen en la Habana.

Aprobado.

Dr. Santos Fernández: Dice que hay en la Mesa una moción en que se pide para el Dr. Enrique López una medalla de oro, conmemorativa de esta fiesta, y que suplica al Congreso la tome en consideración y la apruebe, como testimonio de justicia en honor del iniciador del Congreso.

Aprobado.

Dr. E. López: Dá las gracias al Congreso por los honores que tan inmerecidamente le otorgaba, asegurando que, si él puso la semilla, la germinación se debía á la buena preparación del terreno en que la sembró.

Dr. García Rijo: Propone que, en caso de alguna vacante que pue-

da ocurrir en la Comisión, tenga poder la Sociedad de Estúdios Clínicos, que fué la iniciadora, para cubrirla.

Aprobado.

Dr. Delfín: Que la Comisión, recientemente nombrada, sea la que se encargue de la redacción y publicación del libro de las sesiones del Congreso.

Aprobado.

Dr. Plá: Qué, después de distribuír los volúmenes correspondientes á los señores sócios y los demás que la Comisión crea conveniente dedicar á algunas corporaciones ó particulares, se donen los sobrantes á la Asociación de Secorros Mútuos de Médicos para que su producto en venta le sirva para aumentar sus fondos.

Aprobado.

Dr. Reyneri: Pide que se dé un cumplido voto de gracias á la Real Academia de Ciencias Médicas por la prestación de sus salones para el Congreso.

Aprobado.

Dr. Weiss: Crée que debe darse otro voto de gracias á las Empresas de vapores y ferrocarriles que contribuyeron al éxito del Congreso, facilitando generosamente pasages de venida y regreso á todos los médicos del interior que lo desearon y así lo pide al Congreso.

Aprobado.

El Sr. Presidente, Dr. Francisco Zayas y Jimenez.

Señores: Hemos llegado con alegría al término de estos trabajos, exigidos á la vez para honra y bien de nuestra pátria y para honra y mejoramiento de nuestra cultura. He de ser ahora muy breve, por no sentirme bien de salud, y porque este último instante solo requiere sóbrias y concretas apreciaciones.

Diré, ántes que todo, que no es posible resumir los trabajos que se han presentado, porque son muchos y de muy vária naturaleza; pero esa cantidad y diversidad de laboriosos y meditados intentos, dejan una saludable impresión, en la que se reconoce el éxito de este Congreso, y que ha de fijarse en nuestro espíritu, como legítima recompensa del esfuerzo que acabamos de hacer.

No me parece que deba celebrar con extraordinarias calificacione, el valor é importancia de los trabajos hechos, porque la gravedad que impone la índole de nuestros primeros pasos en la aclaración de tanto oscuro y trascendental problema, no conviene turbarla con el vicio que debemos corregir y librarnos, de la excesiva celebración. Convengo en que todos ellos son buenos, en cuanto exponen la dirección de una voluntad inteligente al desinteresado culto de la verdad.

Convengo en que hasta el más humilde de éllos, le dá en la hora presente el carácter que le ha señalado. Sabemos todos que hay algu-

nos que acreditan una originalidad, que nos apresuramos á reconocer como propia, y que me permiten, volviendo un tanto sobre las lamentables apreciaciones de mi anterior discurso, congratularme en la demostración que evidencia este paso primero, en que hacemos la exposición de nuestros conocimientos, de cómo no es todavía tan grave aquel estado de depresión de nuestras superiores facultades, de cómo aún en esos tejidos enfermos, apesar de la influencia perseverante de las causas morales que disciplinaron su educación y ejercitaron sus elementos en la dirección más adecuada, por lo humillante y perniciosa, para alejarlos del objeto y del fin á que aspiran las sanas naturalezas, guardan siempre una reserva providencial, en la que se acumulan y refúgian las potencias inherentes al ulterior y superior destino de los completos organismos.

En efecto, señores, esos trabajos, los que se refieren á observaciones directas por método propio, por investigaciones sugeridas por el ánsia de apropiarse las verdades no estudiadas, ó por el estímulo de disipar ajenos errores, han sido las señales primeras del ejercicio de nuestra personalidad, de la expontaneidad de nuestros juicios, sin aparecer, como hasta hace poco, en abdicación constante de nuestra independencia intelectual, pensando y actuando con ajenos pensamientos y por extraños impulsos, ignorando casi enteramente las solicitudes con que nos apremian los múltiples problemas de las condiciones peculiares que influyen sobre la vida y el destino de los séres, en el ambiente propio á esta unidad y limitación geográfica que nos produce y que nos sustenta. Ya, desde esta fecha, dejará de ser nuestra isla, por estos actos de reflexión de su propia masa pensadora, como ha sido hasta aquí, obscuro satélite, gravitando obligado en las órbitas de lejanos astros.

Un fin realmente perseguimos en la contemplación de las reacciones múltiples de la sustancia actualmenie viva y del medio generador y sustentador de esta sustancia; y es, ese fin, aquel en que el reconocimiento de las leyes de esas mútuas influencias enseña la progresiva evolución de todos los séres en la normal ascendencia, en la que el arreglo y textura anatómicos de sus tejidos aspiran á la mejor concentración de las reservas y de las fuerzas, cuyas resistencias y actividades harán, de la función general de la vida, una obra pura, útil y buena.

De los dos factores de que ya os he hablado al comienzo de nuestras taréas y cuyo estudio y conocimiento motivan esta concentración de nuestras voluntades, el cuerpo humano, tal como actualmente aparece y vive y lucha, con todos sus dolores, deformidades y deficiencias, nos obligan en primer término, y así resulta de lo que hemos oido en este Congreso, á satisfacer esas necesidades del momento, que exigen el auxilio de nuestro carácter profesional; pero también

repito ahora que esas limitaciones al simple empleo del arte, en ánsia del alivio del mal presente, de ningún modo llenan nuestras aspiraciones, ni nuestra misión científica. Estos estúdios son constantemente el estímulo que guía á fines más trascedentales, como el del saneamiento y cultivo, digámoslo así, dentro de ese segundo y extenso factor, dentro de ese poderoso médio, que es á la vez orígen, modificador y teatro de toda la arquitectura orgánica, y que regula, con incesante influencia, todas las expresiones enfermas ó sanas, poderosas ó deficientes, malas ó buenas, que han de ser el exponente de la textura material de esa sustancia viva. Porque, creedlo, señores, no hay más felicidad, no hay más fuerza efectiva en las congregaciones humanas, sino aquella que se suma del mayor número de cuidados humanos, en posesión de un edificio orgánico, de una sustancia viviente, en progreso no interrumpido, hácia los más altos conseguimientos de la salud, cuando esas comunidades se ordenan al servicio de las leyes, de todo el *substractum* material, sobre el que, y para el cuál, han de ejercerse á la vez las funciones de su organismo y las actividades del pensamiento, en ese organismo elaboradas. Este, Señores, éste fundamental y tan grave problema biológico; éste que á nuestro cargo, más que al de ninguno de los otros contempladores de la naturaleza, está encomendado el exponer, encierra en sus oscuridades la resolución de todos los conflictos sociales. En vano se hará la propaganda de las más sábias ideas, si han de oscurecerse ó apagarse en la limitada é imperfecta receptividad de órganos enfermos y deficientes. Nosotros los médicos, por el hecho de aportar todo los científicos conocimientos al auxilio de la salud y bienestar del hombre; por el hecho de ser legión, y legión ilustrada, por nuestro contacto íntimo, por nuestra influencia diaria, sobre toda la comunidad, debemos saber que uno de los más benéficos actos de esta humana profesión, es el disipar errores, vencer ignorancias, derramar ideas sanas; formar sobre esas cuestiones, que se refieren á la conservación y mejora del cuerpo y del espíritu, por el atento é inteligente cuidado de los médios necesarios para exaltar y conservar la vida; formar, digo, una opinión que llegue á ser tan sentida y necesitada, como que obligue á evidenciarse en prescripciones legales, y en obras sensibles.

Y ahora, señores, diré á esos compañeros que han venído de largas dístancias, estimulados por el deseo tan noble de saber, á contribuir con sus talentos al adelanto de la ciencia y al bienestar de su pátria, que yo los saludo en nombre de todos, dándoles la más cordial despedida, y que lleven dentro de su pecho, al regreso al hogar, el recuerdo de nuestra cariñosa simpatía, el caudal acrecentado de su dignidad, por el esfuerzo realizado, y nuestros votos más sinceros por su prosperidad.

Señores: el primer Congreso Médico, el primer Congreso científico, que deja fecha memorable en la historia de esta tierra querida, ha nacido, ha vivido y ha producido, por obra de la acción, de la inteligencia y de la voluntad de este conjunto moral.

El señala el principio y la dirección de una fuerza, toda ella aplicada á los fines del mejor de los bienes.

Antes de separarnos sabemos yá que nos liga una sagrada misión, que nos obliga un natural deber con este suelo que nos sustenta y que tenemos que volver hácia él constantemente nuestros ojos, en demanda de las verdades y de las condiciones prósperas de existencia que guarda en los secretos su propia naturaleza; á tanto como á eso, nos obliga la honra de nuestra raza, la honra de nuestra nación y la felicidad futura de nuestra pátria. que al cabo somos, ciertamente, tierra de este suelo, aire de esta atmósfera, luz de este sol y elementos de este sistema.—He dicho.



597

INDICE DE SESIONES.

INDICE DE TRABAJOS.

TRABAJOS.	Pájinas.

INDICE DE DISCUSIONES.

